

# Molina Healthcare of Washington, Inc. Marketplace

## 2024

## Acuerdo y Evidencia Individual de Cobertura de 2024

Este formulario traducido se publica de modo informativo y la versión en inglés de esta póliza es fundamental para fines de solicitud e interpretación.

This translated for mis issued on an informational basis and the English version of this policy is controlling for purposes of application and interpretation.

Molina Healthcare of Washington, Inc.  
21540 30<sup>th</sup> Dr. SE, Suite 400  
Bothell, WA 98021



MHW01012024  
WA24EOCS

## GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA

Servicio	Necesidad	Dónde ir
<b>Servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de una condición médica de emergencia.</li> </ul>	<p><b>Llame al 911</b> o vaya a la sala de emergencias de cualquier hospital, incluso si se trata de un proveedor no participante o que se encuentra fuera del área de servicio.</p>
<b>Cómo obtener atención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes y chequeos anuales</li> </ul>	<p><b>Llame a su proveedor de atención primaria</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consejos de atención médica Las 24 horas del día, los 365 días del año.</li> </ul>	<p><b>Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas</b> 1 (888) 275-8750 (inglés) 1 (866) 648-3537 (español)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de urgencia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades leves</li> <li>Lesiones menores</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Centros de atención de urgencia</b> Encuentre un proveedor o un Centro de atención de urgencia MolinaMarketplace.com</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención médica virtual</li> </ul>	<p><b>Atención médica virtual</b> Teladoc.com/MolinaMarketplace 1-800-TELADOC</p>
<b>Acceso en línea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encontrar o cambiar a su médico.</li> <li>Ver los beneficios y el Manual del Miembro.</li> <li>Ver o imprimir tarjeta de identificación (ID).</li> <li>Realizar un seguimiento de las reclamaciones.</li> </ul>	<p><b>Ingrese en MyMolina.com.</b></p> <p><b>Descargue</b> la aplicación Molina Mobile.</p> <p><b>Visite el directorio de proveedores</b> MolinaMarketplace.com</p>
<b>Detalles del plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respuestas sobre el plan, los programas, los servicios o los medicamentos recetados</li> <li>Solicitar materiales para miembros de Molina</li> <li>Ayuda relacionada con la tarjeta de identificación</li> <li>Acceder a la atención médica</li> <li>Atención prenatal</li> <li>Consulta preventiva para bebés</li> <li>Preguntas sobre pagos</li> </ul>	<p><b>Ingrese en MyMolina.com.</b></p> <p><b>Centro de Apoyo al Cliente de Molina</b> Molina Healthcare of Washington 21540 30<sup>th</sup> Dr. SE, Suite 400 Bothell, WA 98021 <a href="tel:18888583492">1 (888) 858-3492</a> De lunes a viernes, 8 a.m. a 6 p. m., hora del Pacífico</p> <p><b>Ingrese en MolinaPayment.com</b></p>
<b>Elegibilidad e inscripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preguntas de elegibilidad</li> <li>Agregar un dependiente</li> <li>Informar el cambio de dirección o ingresos</li> </ul>	<p><b>Buscador de planes de salud de Washington</b> <a href="http://www.wahealthplanfinder.org">www.wahealthplanfinder.org</a> <b>Teléfono:</b> 1-855-923-4633 <b>TTY:</b> 1-855-627-9604</p>

**Servicios de intérprete:** Molina ofrece servicios de intérprete para cualquier miembro que necesite ayuda lingüística a la hora de comprender y obtener información sobre la cobertura médica conforme a este Acuerdo. Estos servicios se ofrecen sin costo adicional para el miembro. Molina proporcionará servicios de interpretación oral y servicios de traducción por escrito de cualquier material fundamental para que un Miembro comprenda su cobertura para atención médica. Los miembros sordos o con problemas de audición pueden utilizar el servicio de retransmisión de telecomunicaciones llamando al 7-1-1.

**Emisión del Acuerdo:** Este Acuerdo de Molina Healthcare of Washington, Inc. y la Evidencia de cobertura individual (“Acuerdo”) son emitidos por Molina Healthcare of Washington, Inc., (“Molina”), al suscriptor o miembro cuyas tarjetas de identificación se emiten con este Acuerdo. En virtud de las declaraciones hechas en cualquier solicitud requerida y el pago oportuno de las Primas, Molina se compromete a proporcionar los servicios cubiertos tal como se describen en este Acuerdo.

**Incorporación por referencia:** Este Acuerdo, sus enmiendas y cláusulas adicionales, el Programa de Beneficios aplicable a este plan y cualquier solicitud presentada al Health Benefit Exchange y/o a Molina con el fin de acceder a la cobertura correspondiente a este Acuerdo, incluida la hoja de tarifas aplicable a este producto, se incorporan en este Acuerdo por referencia y constituyen el contrato legalmente vinculante entre Molina y el suscriptor.

**Cambios en el Contrato:** Ninguna enmienda, modificación u otro cambio realizado a este contrato legalmente vinculante entre Molina y el Suscriptor será válido hasta que reciba la aprobación de Molina y se genere una evidencia por medio de un documento escrito firmado por un miembro del equipo ejecutivo. Ningún agente de Molina tiene la autoridad necesaria para modificar este Acuerdo y sus documentos incorporados ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

**Prácticas de privacidad:** Para obtener una explicación completa de cómo Molina protege su privacidad, visite el sitio web de Molina Marketplace.

**Zona horaria:** Salvo que se indique expresamente lo contrario en el presente documento, todas las referencias a una hora específica del día se refieren a la hora específica del día en la zona horaria del Pacífico de los Estados Unidos de América.

**Derecho a devolución:** Los suscriptores recién inscritos tienen derecho a devolver este Acuerdo hasta la medianoche del décimo día desde la fecha en que el suscriptor recibe el Acuerdo, mediante la devolución del Acuerdo a Molina o a un agente de Molina. No es necesario indicar el motivo de la devolución. Molina tratará este Acuerdo como si nunca hubiera sido emitido y devolverá todos los pagos de Prima al suscriptor. Si el suscriptor devuelve el Acuerdo bajo esta disposición, será responsable del pago de cualquier servicio de atención médica que él o un dependiente hayan recibido antes de devolver el Acuerdo. Se agregará una multa adicional del diez por ciento (10 %) a cualquier reembolso de prima adeudado que no se pague dentro de los treinta (30) días posteriores a la devolución de este Acuerdo a Molina.

# TABLA DE CONTENIDOS

## CONTENIDO

<b>GUÍA DE REFERENCIA DE MOLINA .....</b>	<b>- 2 -</b>
<b>TABLA DE CONTENIDOS .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>DEFINICIONES .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD .....</b>	<b>- 17 -</b>
PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA .....	- 17 -
PERÍODO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN .....	- 17 -
COBERTURA SOLO PARA NIÑOS.....	- 18 -
DEPENDIENTES .....	- 18 -
CÓNYUGE.....	- 18 -
NIÑO(A) O NIÑOS: .....	- 19 -
NIÑO CON UNA DISCAPACIDAD .....	- 19 -
PAREJA DOMÉSTICA .....	- 19 -
ADICIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES .....	- 19 -
CÓNYUGE.....	- 19 -
NIÑOS (MENORES DE 26 AÑOS).....	- 19 -
NIÑO RECIÉN NACIDO.....	- 19 -
INTERRUPCIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDIENTES.....	- 20 -
ELEGIBILIDAD CONTINUA .....	- 20 -
SERVICIOS DE TELESALUD Y TELEMEDICINA .....	- 21 -
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN .....	- 22 -
TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN .....	- 23 -
<b>ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA .....</b>	<b>- 24 -</b>
<b>AUTORIZACIÓN PREVIA.....</b>	<b>- 25 -</b>
PROCESO DE AUTORIZACIÓN PREVIA.....	- 25 -
REVISIÓN DE UTILIZACIÓN .....	- 26 -
REVISIÓN SIMULTÁNEA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	- 26 -
SEGUNDA OPINIÓN.....	- 26 -
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS DE EMERGENCIA DE SALUD CONDUCTUAL.....	- 26 -
TRANSFERENCIA A UN HOSPITAL PROVEEDOR PARTICIPANTE .....	- 27 -
TRANSPORTE MÉDICO EN AMBULANCIA TERRESTRE DE EMERGENCIA.....	- 27 -
EMBARAZO Y MATERNIDAD .....	- 28 -
FENILCETONURIA (PKU) Y OTROS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO .....	- 29 -
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA PARA MIEMBROS CON DISCAPACIDADES .....	- 29 -
<b>COSTOS COMPARTIDOS .....</b>	<b>- 30 -</b>
<b>SERVICIOS CUBIERTOS .....</b>	<b>- 31 -</b>
BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES .....	- 31 -
LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL E IGUALDAD EN LA ADICCIÓN.....	- 31 -
SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS.....	- 32 -
SERVICIOS DE HABILITACIÓN .....	- 33 -
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	- 33 -
SERVICIOS DENTALES Y DE ORTODONCIA .....	- 34 -
SERVICIOS PARA LA DIABETES.....	- 34 -
PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	- 36 -
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO .....	- 36 -
PRUEBAS DE LABORATORIO, RADIOLOGÍA (RAYOS X) Y SERVICIOS DE ESCANEADO ESPECIALIZADOS .....	- 36 -
SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS.....	- 36 -

TRATAMIENTO DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO.....	- 37 -
CIRUGÍA (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS) .....	- 37 -
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS) .....	- 37 -
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	- 38 -
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.....	- 39 -
SERVICIOS PALIATIVOS (LÍMITE DE CATORCE (14) DÍAS).....	- 39 -
ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN O A LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS .....	- 40 -
ENSAYOS CLÍNICOS APROBADOS .....	- 40 -
SERVICIOS PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (ASD) .....	- 41 -
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER: .....	- 41 -
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA.....	- 42 -
SERVICIOS DE TRASPLANTE.....	- 43 -
SERVICIOS DE INFERTILIDAD.....	- 43 -
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS .....</b>	<b>- 44 -</b>
FÁRMACOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPO MÉDICO DURADERO .....	- 44 -
FARMACIAS .....	- 44 -
FORMULARIO DE MOLINA .....	- 44 -
ACCESO A MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO.....	- 44 -
COSTOS COMPARTIDOS .....	- 46 -
COSTO COMPARTIDO EN EXCEPCIONES DE FORMULARIO .....	- 47 -
CENTRO DE ATENCIÓN PARA EL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS REQUERIDOS ADMINISTRADOS POR EL PROVEEDOR .....	- 47 -
ASISTENCIA DE COSTOS COMPARTIDOS DE TERCEROS.....	- 47 -
MEDICAMENTOS, PRODUCTOS Y SUPLEMENTOS DE VENTA LIBRE.....	- 47 -
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS.....	- 47 -
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) .....	- 48 -
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS.....	- 48 -
MEDICAMENTOS RECETADOS PARA DEJAR DE FUMAR .....	- 48 -
LÍMITE DE SUMINISTRO DIARIO.....	- 48 -
PRORRATEO Y SINCRONIZACIÓN .....	- 48 -
ANALGÉSICOS OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO .....	- 49 -
MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL CÁNCER .....	- 49 -
TRATAMIENTO DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) .....	- 49 -
DISPONIBILIDAD DE PEDIDOS POR CORREO DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO .....	- 49 -
MEDICAMENTOS NO AUTORIZADOS .....	- 50 -
MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS .....	- 50 -
DISPOSITIVOS PROTÉSICOS, ORTÓTICOS, IMPLANTADOS INTERNAMENTE Y EXTERNOS.....	- 51 -
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR .....	- 52 -
SERVICIOS DE DIÁLISIS .....	- 52 -
SERVICIOS DE AUDICIÓN .....	- 52 -
<b>EXCLUSIONES.....</b>	<b>- 53 -</b>
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y CONCEPCIÓN POR MEDIOS ARTIFICIALES .....	- 53 -
CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	- 53 -
CIERTOS EXÁMENES Y SERVICIOS .....	- 53 -
SERVICIOS COSMÉTICOS.....	- 53 -
CUIDADO DE CUSTODIA .....	- 53 -
DIETISTA .....	- 53 -
MEDICAMENTOS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.....	- 53 -
SERVICIOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN .....	- 54 -
TRATAMIENTO PARA LA PÉRDIDA O EL CRECIMIENTO DEL CABELLO .....	- 54 -
SERVICIOS HOMEOPÁTICOS Y HOLÍSTICOS.....	- 54 -
ARTÍCULOS NO RELACIONADOS CON LA SALUD .....	- 54 -
SERVICIOS NO RELACIONADOS CON LA SALUD.....	- 54 -
SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA RECIBIDOS EN UNA SALA DE EMERGENCIAS.....	- 55 -
NUTRICIÓN ORAL .....	- 55 -

CUIDADO RESIDENCIAL .....	- 55 -
ELEMENTOS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO RUTINARIO DE LOS PIES .....	- 55 -
SERVICIOS NO APROBADOS POR LA FDA .....	- 55 -
SERVICIOS PRESTADOS FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO .....	- 56 -
SERVICIOS PRESTADOS POR PERSONAS SIN LICENCIA: .....	- 56 -
SERVICIOS RELACIONADOS CON UN SERVICIO NO CUBIERTO .....	- 56 -
DISFUNCIÓN SEXUAL .....	- 56 -
SUSTITUCIÓN .....	- 56 -
GASTOS DE VIAJE Y ALOJAMIENTO .....	- 56 -
<b>RECLAMACIONES .....</b>	<b>- 57 -</b>
CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN .....	- 57 -
PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES .....	- 57 -
PAGO DE MOLINA .....	- 57 -
PAGO DE FACTURAS .....	- 58 -
<b>AVISOS LEGALES .....</b>	<b>- 59 -</b>
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS .....	- 59 -
INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR .....	- 59 -
<b>PAGO DE LA PRIMA .....</b>	<b>- 60 -</b>
CRÉDITO FISCAL ANTICIPADO PARA LA PRIMA (APTC) .....	- 60 -
PAGOS .....	- 60 -
PAGO DE PRIMAS Y COSTOS COMPARTIDOS POR PARTE DE TERCEROS .....	- 60 -
AVISO DE PAGO ATRASADO .....	- 60 -
PERÍODO DE GRACIA .....	- 60 -
NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO .....	- 61 -
REINTEGRACIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN .....	- 61 -
REINSCRIPCIÓN LUEGO DE LA TERMINACIÓN POR FALTA DE PAGO .....	- 61 -
RENOVACIÓN DE LA COBERTURA .....	- 61 -
<b>TERMINACIÓN DE LA COBERTURA .....</b>	<b>- 62 -</b>
EL DEPENDIENTE O NIÑO NO REÚNE LOS REQUISITOS DEBIDO A SU EDAD .....	- 62 -
EL MIEMBRO NO REÚNE LOS REQUISITOS .....	- 62 -
FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS .....	- 62 -
FRAUDE O TERGIVERSACIÓN INTENCIONAL: .....	- 62 -
SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO .....	- 62 -
INTERRUPCIÓN DE UN PRODUCTO EN PARTICULAR .....	- 62 -
INTERRUPCIÓN DE TODA LA COBERTURA .....	- 62 -
<b>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS .....</b>	<b>- 63 -</b>
DEFINICIONES .....	- 63 -
DETERMINACIÓN DEL ORDEN DE BENEFICIOS .....	- 64 -
EFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN .....	- 66 -
DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN NECESARIA .....	- 66 -
FACILIDAD DE PAGO .....	- 66 -
<b>QUEJAS Y APELACIONES .....</b>	<b>- 68 -</b>
QUEJA (RECLAMO) .....	- 68 -
REVISIÓN DE LA DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS .....	- 69 -
REVISIÓN INTERNA DE LA DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS .....	- 69 -
REVISIÓN ACELERADA DE LA DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS .....	- 70 -
REVISIÓN EXTERNA DE LA DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS .....	- 71 -
ACTOS MÁS ALLÁ DEL CONTROL DE MOLINA .....	- 73 -
RENUNCIA .....	- 73 -
NO DISCRIMINACIÓN .....	- 73 -

INFORMACIÓN GENÉTICA .....	- 74 -
ACUERDO VINCULANTE PARA LOS MIEMBROS .....	- 74 -
ASIGNACIÓN .....	- 74 -
LEY VIGENTE .....	- 74 -
FALTA DE VALIDEZ .....	- 74 -
AVISOS .....	- 74 -
ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD .....	- 75 -

## **¡Bienvenido a Molina Healthcare!**

Como parte de una organización que se dedica a cuidar de niños, adultos y familias desde hace 40 años, en Molina nos entusiasma ser su plan.

Le proporcionamos esta Evidencia de Cobertura Individual (“Acuerdo”) y este Acuerdo de Molina of Washington 2024 para informarle:

- Cómo puede obtener servicios cubiertos a través de Molina
  - Cómo obtener el servicio de un intérprete
  - Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP)
  - Cómo programar una cita
- Los términos y condiciones de cobertura según este Acuerdo.
- Sus beneficios y cobertura como miembro de Molina.
  - Revisar el estado de una autorización previa.
- La manera de comunicarse con Molina.

Lea este Acuerdo cuidadosamente. En él, encontrará información sobre la amplia gama de necesidades de salud que se cubren y los servicios de atención médica que se proporcionan. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en [MolinaMarketplace.com](https://www.molinahealthcare.com) o llamando al (888) 858-3492.

¡Estamos a su disposición!

## DEFINICIONES

Algunas de las palabras o términos utilizados en este Acuerdo no tienen su significado habitual. Los planes de salud usan estas palabras de una manera especial. Cuando una palabra con significado especial se utiliza en una sola sección de este Acuerdo, se explica dentro de la sección en cuestión. Las palabras con un significado especial utilizadas en cualquier sección de este Acuerdo se explican en esta sección de “Definiciones”.

**Ley de Atención Médica Asequible:** La ley integral de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010 (en ocasiones conocida como “ACA”, “PPACA” u “Obamacare”).

**Cantidad aprobada:** El monto máximo que pagará Molina por un servicio cubierto menos el costo compartido que deban pagar los miembros. Se aplica lo siguiente:

- *Servicios obtenidos de un proveedor participante:* Se le reembolsará la tarifa contratada (el monto acordado como compensación por la prestación de servicios entre Molina y nuestro proveedor participante) por los servicios cubiertos.
- *Servicios de emergencia recibidos de un proveedor no participante:*
  - En un hospital: Hasta el 1 de julio de 2023 (o una fecha posterior determinada por la WA OIC), a menos que la ley exija lo contrario o según lo acordado entre el proveedor no participante y Molina, la cantidad aprobada será un monto comercialmente razonable, basado en los pagos por el servicios iguales o similares proporcionados en un área geográfica similar.
  - En un hospital: A partir del 1 de julio de 2023, la cantidad aprobada será el menor entre el monto cobrado al proveedor y el monto del pago calificado, según lo define la ley federal.
  - En un departamento de emergencia independiente: La cantidad aprobada será el menor entre el monto cobrado al proveedor y el monto del pago calificado, según lo define la ley federal.
- *Servicios de emergencia de salud conductual:* La cantidad aprobada será un monto comercialmente razonable, basado en pagos por servicios iguales o similares proporcionados en un área geográfica similar.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual obtenidos para el tratamiento de una condición médica de emergencia de proveedores no participantes están sujetos al costo compartido para los servicios de emergencia en el programa de beneficios calculado al nivel dentro de la red. A los miembros no se les facturará el saldo por los servicios de emergencia prestados por proveedores no participantes.

- *Todos los demás servicios cubiertos recibidos de un proveedor no participante se pagarán al monto menor de lo siguiente si se siguen todos los demás términos de este Acuerdo:*
  - la tarifa mediana contratada por Molina para los servicios;
  - 100 % de la tarifa publicada de Medicare para dichos servicios; o
  - un monto negociado acordado entre el proveedor no participante y Molina.

**Máximo anual de gastos de bolsillo (también conocido como “OOPM”):** El máximo que un miembro debe pagar por los servicios cubiertos en un año del Plan. Después de que un miembro gasta este monto en Deducibles, Copagos y Coseguros, Molina paga el 100 % de los

costos de los servicios cubiertos. Los montos que el suscriptor o sus dependientes pagan por servicios no cubiertos por este Plan no cuentan para el OOPM. El Programa de Beneficios puede incluir un monto de OOPM para cada individuo inscrito bajo este Acuerdo y un monto de OOPM separado para toda la familia cuando hay dos o más Miembros inscritos. Cuando dos o más miembros están inscritos en virtud de este Acuerdo:

1. Se alcanzará el OOPM individual, con respecto al miembro, cuando esa persona alcance el monto del OOPM individual.
2. Se alcanzará el OOPM familiar cuando el costo compartido de un miembro de la familia se sume al total del OOPM familiar.

Una vez que los costos compartidos totales para el miembro se sumen al total del OOPM individual, Molina pagará el 100 % de los cargos por los servicios cubiertos para esa persona durante el resto del año natural si sigue inscrito en este Plan. Una vez que el costo compartido de dos o más miembros de la familia se sume hasta llegar al monto OOPM familiar, Molina pagará el 100 % de los cargos por servicios cubiertos para el Miembro y cada integrante de su familia por el resto del año calendario si siguen inscritos en este Plan.

**Factura del saldo o Facturación del saldo:** Cuando un proveedor emite una factura a un miembro por la diferencia entre el monto del cargo del proveedor y la cantidad autorizada. Un proveedor participante de Molina no puede facturar un saldo a un miembro por servicios cubiertos. Las leyes estatales y federales prohíben a los proveedores no participantes facturar el saldo de ciertos servicios, como servicios de emergencia, servicios de transporte de ambulancia aérea de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual.

**Servicios de emergencia de salud conductual:** Servicios de emergencia de salud conductual significa:

- 1) Un examen de detección que está dentro de la capacidad de un proveedor de servicios de emergencia de salud conductual, incluidos los servicios auxiliares disponibles de manera rutinaria para que el proveedor de servicios de emergencia de salud conductual evalúe esa condición médica de emergencia.
- 2) Examen y tratamiento, en la medida que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el proveedor de servicios de emergencia de salud conductual o para estabilizar al paciente.
- 3) Servicios de salud conductual cubiertos brindados por el personal o las instalaciones de un proveedor de servicios de emergencia de salud conductual después de que el miembro esté estabilizado y como parte de una observación ambulatoria o una estadía hospitalaria o ambulatoria con respecto a la visita durante la cual se brindaron servicios de evaluación y estabilización. Los servicios de posestabilización se relacionan con el tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias necesario a corto plazo para evitar poner en grave peligro o deterioro grave la salud del individuo, o con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido, las funciones corporales, o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Coseguro:** Es un porcentaje de los cargos por servicios cubiertos que el miembro debe pagar cuando recibe ciertos servicios de ese tipo. El monto del coseguro se calcula como un porcentaje de las tasas que Molina ha acordado con el proveedor participante. Si corresponde, los coseguros se indican en el Programa de Beneficios.

**Complicaciones del embarazo:** Una condición debida al embarazo, parto y alumbramiento que requiere atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o del feto. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo.

**Copago:** Un monto fijo que el miembro pagará por un servicio cubierto. Si corresponde, los copagos se indican en el Programa de Beneficios.

**Costos compartidos:** La cuota de los costos que un miembro pagará de su propio bolsillo por los servicios cubiertos. Este término generalmente incluye deducibles, coseguros y copagos, pero no incluye primas, montos de factura de saldo para proveedores no participantes ni el costo de los servicios no cubiertos.

**Servicio cubierto o Servicios cubiertos:** Los servicios médicamente necesarios, incluidos algunos suministros médicos, equipo médico duradero y medicamentos recetados, que los miembros son elegibles para recibir de Molina en virtud de este Plan.

**Deducible:** El monto que los miembros deben pagar por los servicios cubiertos antes de que Molina comience a pagar por estos. Consulte el Programa de Beneficios para ver qué servicios cubiertos están sujetos a deducibles y cuáles son esos montos deducibles para el Plan del miembro.

**Dependiente:** Un miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad como dependiente, tal como se describe en este Acuerdo.

**Sitio a distancia:** El sitio en el que se encuentra físicamente un médico u otro proveedor autorizado que presta un servicio profesional en el momento en que se presta el servicio a través de Telemedicina.

**Formulario de medicamentos o Formulario:** Una lista de los medicamentos que cubre este Plan de Molina. Además, en el Formulario de medicamentos, se ordenan los medicamentos en distintos niveles o categorías de costo compartido.

**Equipo médico duradero o DME:** El Equipo médico duradero (DME, en inglés) constituye el equipo médico y los suministros solicitados por un Proveedor para uso diario o extendido. El DME puede incluir equipos de oxígeno médicamente necesarios, sillas de ruedas, muletas o tiras analíticas de sangre para diabéticos.

**Emergencia o Condición médica de emergencia:** Condición de trastorno médico, de salud mental o por uso de sustancias que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluidos, entre otros, dolor intenso o angustia emocional, de modo que una persona lea y prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente la ausencia de atención médica inmediata, de salud mental o de tratamiento para trastornos por uso de sustancias que resulte en una condición:

- (a) Poner en grave peligro la salud de la persona o, respecto de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido,
- (b) provocar graves daños en las funciones corporales o
- (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Surtido de emergencia:** Una cantidad limitada de medicación dispensada que permite el tiempo para el procesamiento de una solicitud de autorización previa. El surtido de emergencia solo se aplica a aquellas circunstancias en las que un miembro se presenta en una farmacia contratada con una necesidad terapéutica inmediata de un medicamento prescrito que requiere una autorización previa.

**Servicios de emergencia :** Servicios de emergencia significa:

- 1) Un examen de detección médica que está dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles de manera rutinaria para el departamento de emergencias para evaluar una condición médica de emergencia, y exámenes médicos adicionales.
- 2) Examen y tratamiento médico, en la medida que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital para estabilizar al paciente.
- 3) Servicios cubiertos proporcionados por el personal o las instalaciones de un hospital después de que el miembro esté estabilizado y como parte de una observación ambulatoria o una estadía hospitalaria o ambulatoria con respecto a la visita durante la cual se brindaron servicios de detección y estabilización.

**Beneficios de salud esenciales o EHB:** Conjunto de 10 categorías de planes de servicios de seguro médico que se deben cubrir conforme a la Ley de Atención Médica Asequible. Estas categorías incluyen los servicios médicos, la atención hospitalaria de pacientes internados y ambulatorios, la cobertura de medicamentos recetados, la atención del embarazo y el parto, los servicios de salud mental y más.

**Experimental o de investigación:** Cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina ha determinado que no se ha demostrado como seguro o eficaz en comparación con los servicios médicos convencionales. Al determinar si los servicios son experimentales o de investigación, Molina considerará si los servicios están en uso general en la comunidad médica en el Estado de Washington, si los servicios están bajo pruebas científicas e investigaciones continuas, si los servicios muestran un beneficio demostrable para una enfermedad o enfermedad en particular, y si están probados seguros y eficaces.

**Tarifa del centro:** Cualquier cargo o facturación por separado por parte de un centro, además de los honorarios profesionales por los servicios de los médicos, cuyo objetivo es cubrir los sistemas de registros médicos electrónicos, la facturación y otros gastos administrativos y operativos.

**FDA:** La Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos.

**Tratamiento de afirmación de género:** Un servicio o producto que un proveedor de atención médica receta a un individuo para tratar cualquier condición relacionada con su identidad de género y se prescribe de acuerdo con los estándares de atención generalmente aceptados.

**Género X:** Un género que no es exclusivamente masculino o femenino, que incluye, sin carácter limitativo, intersexo, agénero, amalgagénero, andrógino, bigénero, demigénero, femenino a masculino, género fluido, género “queer”, masculino a femenino, neutro, no binario, pangénero, tercer sexo, transgénero, transexual, Dos Espíritus y no especificado.

**Health Benefit Exchange y Marketplace:** Una agencia gubernamental o entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares aplicables de la Ley de Atención Médica Asequible y ayuda a los residentes del estado de Washington a comprar cobertura de plan de salud calificado de compañías de seguros o planes de salud como Molina. Health Benefit Exchange puede funcionar como un mercado estatal, un mercado facilitado por el gobierno federal o un mercado asociado. A los efectos de este Acuerdo, el término se refiere a Health Benefit Exchange que opera en el estado de Washington, independientemente de cómo se organice y administre.

**Administradores de beneficios de atención médica:** Molina tiene contratos con administradores de beneficios de atención médica (HCBM, en inglés) para brindar servicios o actuar en nombre de Molina. Los HCBM impactan directa o indirectamente en la determinación o el uso de los beneficios o el acceso de los pacientes a los servicios, medicamentos y suministros de atención médica. Los HCBM incluyen, entre otros, tipos de beneficios especializados como farmacia, radiología, laboratorio y salud mental. Los servicios de un HCBM también incluyen:

- Autorización previa o preautorización de beneficios o atención
- Certificación de beneficios o atención
- Determinaciones de necesidad médica
- Revisión de utilización
- Determinaciones de beneficios
- Procesamiento de reclamaciones y revisión de precios de servicios y procedimientos
- Gestión de resultados
- Acreditación y recredencialización de proveedores
- Pago o autorización de pago a proveedores e instalaciones por servicios o trámites
- Resolución de disputas, quejas o apelaciones relacionadas con determinaciones o utilización de beneficios
- Gestión de red de proveedores.
- Manejo de enfermedad

Los miembros pueden visitar el siguiente sitio web que identifica a cada administrador de beneficios de atención médica contratado con Molina e identifica los servicios brindados por el administrador de beneficios de atención médica: [MolinaMarketplace.com/HCBM](http://MolinaMarketplace.com/HCBM)

**Medicamento necesario:** Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, afección o sus síntomas, siempre que se cumplan los estándares médicos aceptados.

**Miembro:** Una persona que es elegible y se encuentra inscrita conforme a este Acuerdo, y para quien Molina recibió el primer pago de la prima correspondiente (vinculante). El término incluye un dependiente y un suscriptor, a menos que el suscriptor sea un adulto responsable (el padre, la madre o el tutor legal) que solicite la cobertura solo para niños en virtud de este Acuerdo, en nombre de un niño menor de edad que, al comienzo del año del plan, no haya cumplido los 21 años. En ese caso, el suscriptor será responsable de realizar los pagos de la prima y del costo compartido para el miembro y actuará como representante legal del miembro conforme a este Acuerdo, pero no será un miembro.

**Servicios de salud mental:** Servicios médicamente necesarios para pacientes ambulatorios y hospitalizados proporcionados para tratar trastornos mentales cubiertos por las categorías de diagnóstico enumeradas en la versión más actualizada del manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales, publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) y cualquier ley estatal o federal asociada.

**Molina Healthcare of Washington Inc. (“Molina”):** La corporación autorizada en Washington como organización de mantenimiento de la salud y contratada en Marketplace.

**Acuerdo de Molina Healthcare of Washington, Inc. y Evidencia de Cobertura Individual (“Acuerdo”):** Este documento, que contiene información sobre la cobertura de este Plan.

**Proveedor no participante:** Un Proveedor que no tiene un contrato con Molina para prestar Servicios cubiertos a los miembros.

**Sitio de origen:** La ubicación física de un paciente que recibe servicios de atención médica a través de Telemedicina. Esto incluye:

- Hospital
- Clínica de salud rural
- Centro de salud federalmente calificado
- El consultorio del médico u otro proveedor de atención médica
- Centro comunitario para la salud mental
- Centro de enfermería especializada
- Casa o cualquier ubicación determinada por el individuo que recibe el servicio
- Centro de diálisis renal, excepto un centro de diálisis renal independiente.

**Otro proveedor médico:** Proveedores participantes que brindan servicios cubiertos a miembros dentro del alcance de su licencia, pero que no son proveedores de atención primaria ni especialistas.

**Servicio fuera del área:** Un servicio que se proporciona fuera del área de servicio, por lo que no es un servicio cubierto, excepto cuando se indique lo contrario en este Acuerdo.

**Proveedor participante:** Un proveedor que proporciona cualquier servicio de atención médica y que está autorizado de otro modo para proporcionar dichos servicios, además de los contratos con Molina, y que aceptó proporcionar servicios cubiertos a los miembros.

**Plan:** Cobertura de seguro médico emitida para una persona y sus dependientes, si corresponde, mediante la que se proporcionan beneficios para los servicios cubiertos. Según los servicios, se puede aplicar el costo compartido para los miembros.

**Médico de atención primaria** (también denominado “**profesional de atención primaria**” y “**médico personal**”): Proveedor que ha identificado su designación profesional principal a Molina como proveedor de atención primaria y es el médico que se ocupa de las necesidades de atención médica del miembro. Un médico de atención primaria tiene acceso al historial médico del miembro. Su médico de atención primaria se asegura de que obtenga los servicios de atención médica necesarios. Un médico de atención primaria puede derivarle a un médico especialista para otros servicios. Un médico de atención primaria incluye los siguientes tipos de médicos, entre otros:

- Médico de familia o de medicina general que normalmente puede ver a toda la familia.
- Médico de medicina interna, que por lo general solo ve a adultos y niños de 14 años o más.
- Pediatra, que atiende a niños desde recién nacidos hasta los 18 o 21 años.
- Obstetras y ginecólogos (OB/GYN).

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Un proveedor que califica como:

- médico de atención primaria.
- Una asociación de práctica individual (IPA, en inglés) o un grupo de médicos licenciados que han identificado su designación profesional principal para Molina como atención primaria.
- Otro profesional que, dentro del alcance de su licencia, esté autorizado a proporcionar atención primaria.

**Autorización previa:** Aprobación de Molina que puede ser necesaria antes de que un miembro obtenga un servicio o surta una receta para que el servicio o la receta estén cubiertos.

**Proveedor:** Cualquier profesional de la salud, hospital, otra institución, organización, farmacia o persona que preste servicios de atención médica y que esté autorizado de alguna manera para proporcionar dichos servicios.

**Programa de beneficios:** Una lista completa de los servicios cubiertos y el costo compartido correspondientes de los miembros.

**Área de servicio:** El área geográfica donde Molina ha sido autorizada por el estado de Washington para comercializar productos individuales vendidos a través del Mercado, inscribir miembros que obtengan cobertura a través del Mercado y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados vendidos a través de Marketplace. El área de servicio incluye los condados de Benton, Clark, Cowlitz, Ferry, Franklin, King, Kitsap, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Pend Oreille, Pierce, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens y Thurston en el estado de Washington.

**Estabilizar:** Estabilizar significa proporcionar el tratamiento médico de la condición médica de emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca ningún deterioro material de la condición como resultado o durante el traslado del individuo desde una instalación, o con respecto de una mujer embarazada que está teniendo contracciones, para dar a luz (incluida la placenta).

**Resumen de Beneficios y Cobertura:** Un resumen de los servicios cubiertos y el costo compartido correspondientes de los miembros. Para obtener una lista completa de los costos compartidos aplicables, consulte el Programa de Beneficios.

**Especialista:** Un proveedor que se centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y enfermedades.

**Ley estatal:** El cuerpo de leyes en Washington. Se compone de la constitución del estado, los estatutos, las normas, las directivas de la guía subregulatoria del organismo regulador estatal y el derecho consuetudinario.

**Trastorno por consumo de sustancias:** Trastorno adictivo o relacionado con sustancias enumerado en la versión más actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, en inglés) publicado por la American Psychiatric Association.

**Servicios de telesalud:** Prestación de servicios cubiertos por parte de un proveedor participante a través de tecnología de conferencia de audio y video que permite la comunicación entre un miembro en un sitio de origen y un proveedor participante en un sitio a distancia, lo que permite el diagnóstico o tratamiento de los servicios cubiertos. Además, la comunicación no implica contacto en persona entre el miembro y un proveedor participante. Durante la visita virtual, el miembro puede recibir apoyo en persona en el sitio de origen de otro personal médico para ayudar con el equipo técnico y las comunicaciones con el proveedor participante. Los servicios pueden incluir la transmisión digital y la evaluación de la información clínica del paciente cuando el proveedor y el paciente no están en la red al mismo tiempo. El proveedor participante puede recibir la información médica del miembro a través de telecomunicaciones sin interacción en vivo para revisarla más adelante. La tecnología Store and Forward es una transmisión asincrónica de la información médica de un miembro desde un sitio de origen al proveedor de atención médica en un sitio a distancia que da como resultado el diagnóstico médico y la gestión del miembro y no incluye el uso de teléfonos, faxes, o correo electrónico. Los costos compartidos correspondientes a los servicios cubiertos prestados a través de los servicios de telesalud se facturarán a los costos compartidos del servicio de atención médica primaria o servicio de atención médica especializada, según el tipo de proveedor. Tenga en cuenta lo siguiente: Molina ofrece acceso a servicios de telesalud a sus miembros a través del proveedor de servicios de telesalud contratado por Molina, Teladoc. Los servicios a través de Teladoc se brindan sin costo para los miembros. Para obtener más información sobre los servicios de Teladoc, consulte [MolinaMarketplace.com](https://MolinaMarketplace.com) o comuníquese con Apoyo al Cliente.

**Telemedicina:** La prestación de servicios de atención médica mediante el uso de tecnología interactiva de audio y video, que permite la comunicación en tiempo real entre el paciente en el sitio de origen y el proveedor, con fines de diagnóstico, consulta o tratamiento. La telemedicina incluye telemedicina de solo audio, pero no incluye fax ni correo electrónico.

**Atención de urgencia o Servicios de atención de urgencia:** Atención de un paciente con una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave para que una persona razonable busque atención médica inmediata, pero no tan grave para requerir atención en la sala de emergencias.

**Servicios de gestión de retiros:** Derivación de tratamiento y desintoxicación y evaluación médicamente administradas o monitoreadas durante veinticuatro (24) horas para adultos o adolescentes que dejan de beber alcohol o consumir drogas, que pueden incluir la inducción de medicamentos para la recuperación de la adicción.

**Servicios de atención médica para mujeres:** Servicios organizados para brindar atención médica a los miembros, incluidos los servicios preventivos para mujeres requeridos por la Administración de Recursos y Servicios de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los servicios incluyen, entre otros, atención de maternidad, servicios de salud reproductiva, atención ginecológica, examen general y atención preventiva, según sean médicamente necesarios y visitas de seguimiento médicamente necesarias para estos servicios.

## INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Una persona debe estar inscrita como miembro de este Plan para que los servicios cubiertos estén disponibles. Para inscribirse y convertirse en miembro, una persona debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad que establece el Health Benefit Exchange. La persona que cumple con los requisitos de elegibilidad y con los de pago de la prima, y, además, se encuentra inscrita en Molina es el suscriptor de este Plan.

**Período de inscripción abierta:** El Health Benefit Exchange establecerá un período anual en el cual las personas elegibles podrán presentar una solicitud e inscribirse en un plan de seguro médico para el año siguiente. El Health Benefit Exchange determinará la fecha de vigencia de la cobertura.

**Período Especial de Inscripción:** Una persona calificada tiene 60 días para informar un evento calificado a Exchange y se le podría otorgar un Período de Inscripción Especial de 60 días como resultado de uno de los siguientes eventos:

- Una persona calificada o un dependiente pierde la cobertura esencial mínima
- Pérdida de cobertura de dependencia debido a la muerte de un individuo calificado
- Pérdida de cobertura mínima esencial debido a una reducción en las horas de empleo
- Pérdida de cobertura mínima esencial debido a la terminación de una asociación nacional
- Una persona calificada pierde la cobertura patrocinada por el empleador por cualquier motivo, excepto por tergiversación de un hecho material que afecte la cobertura o por fraude relacionado con la cobertura de salud discontinuada.
- Una persona calificada experimenta la pérdida de elegibilidad para Medicaid o un programa público que brinda beneficios de salud.
- Una persona calificada obtiene un dependiente o se convierte en dependiente a través del matrimonio, pareja de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Una persona calificada pierde la cobertura como resultado de la disolución del matrimonio
- Una persona calificada experimenta un cambio permanente en su residencia, trabajo o situación de vida, ya sea que esté o no dentro de la elección del individuo, donde el plan de salud bajo el cual estaba cubierto no brinda cobertura en la nueva área de servicio de esa persona o resulta en una nueva elegibilidad para planes de salud calificados que anteriormente no estaban disponibles
- Una situación en la que un plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas en situación similar que incluye a la persona calificada
- La cobertura es interrumpida en un Plan de Salud Calificado por Exchange de acuerdo con 45 C.F.R. 155.430 y el período de gracia de tres meses para la continuidad de la cobertura ha expirado
- Finalización de la cobertura COBRA debido a que el empleador no remitió la prima
- Pérdida de la cobertura COBRA cuando la persona calificada ha excedido el límite de por vida del plan y no hay otra cobertura COBRA disponible
- Una persona calificada interrumpe la cobertura de un plan de salud ofrecido de conformidad con la Ley de Acceso a la Cobertura de Seguro Médico del estado de Washington.
- Una persona calificada pierde la cobertura como dependiente en un plan grupal debido a la edad
- Un indio, tal como se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena, puede inscribirse en un Plan de Salud Calificado o cambiar de un Plan de Salud Calificado a otro una vez al mes, sin requerir un evento especial adicional que desencadene la inscripción
- Una persona calificada perdió la cobertura anterior debido a errores del personal de Exchange o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- Un individuo, o su dependiente, que anteriormente no era ciudadano, nacional o individuo legalmente presente obtiene dicho estatus

- Un afiliado demuestra a Exchange que el Plan de Salud Calificado en el que está inscrito violó una disposición material de su Contrato en relación con el afiliado
- Un individuo es determinado recientemente elegible o recientemente inelegible para pagos anticipados del crédito tributario de prima o tiene un cambio en la elegibilidad para Reducciones de Costo compartido, o el dependiente del individuo se vuelve elegible; o
- Se determina que la persona o su dependiente que está actualmente inscrito en una cobertura patrocinada por el empleador es elegible recientemente para recibir créditos fiscales avanzados para las primas

Si el inscrito elegible para el Período de Inscripción Especial tenía cobertura previa, se le ofrecerán los paquetes de beneficios disponibles para las personas que se inscribieron durante el período de inscripción abierta dentro del mismo nivel metálico en el que el inscrito se encontraba anteriormente. Cualquier diferencia en los beneficios o los requisitos de participación en los costos para diferentes individuos constituye un paquete de beneficios diferente. Un inscrito elegible no tendrá que pagar más por la cobertura que un individuo con una ubicación similar que se inscriba durante la inscripción abierta. Un inscrito que fue inscrito en un plan catastrófico como se define en RCW 48.43.005(8) puede limitarse a los planes disponibles durante la inscripción abierta, ya sea a nivel de bronce o plata. Un inscrito cuya elegibilidad se basa en su condición de dependiente puede estar limitado al mismo nivel metálico para el plan en el que está inscrito el suscriptor principal.

Molina puede requerir pruebas o documentación razonables de que un individuo que busca una inscripción especial ha experimentado un evento calificador. Esta sección no se debe interpretar para limitar los derechos de Exchange a inscribir automáticamente a individuos calificados basándose en buenas causas o circunstancias excepcionales según lo definido por Exchange o según lo requerido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Las personas calificadas que se inscriban entre el primer y el vigésimo tercer día del mes tendrán una fecha de vigencia del primer día del mes siguiente. Las personas calificadas que se inscriban entre el vigésimo cuarto y el último día del mes tendrán una fecha de vigencia del primer día del segundo mes siguiente. En el caso del nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura es efectiva en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero los pagos anticipados de las reducciones de crédito de impuesto a las primas y de costo compartido, si es aplicable, no son efectivos hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, adopción o colocación para adopción se produzca el primer día del mes. En el caso del matrimonio, el comienzo de una pareja doméstica o, en el caso de que la persona calificada pierda una cobertura mínima esencial, la fecha de vigencia es el primer día del mes siguiente. Los indios americanos/nativos de Alaska que reúnen los requisitos para recibir servicios a través de un proveedor de atención de salud indio pueden inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro una vez al mes. Comuníquese con Exchange para obtener más información.

**Cobertura solo para niños:** Molina ofrece cobertura solo para niños para personas que, al comienzo del año del Plan, no hayan cumplido los 21 años. Un padre o tutor legal debe solicitar la cobertura solo para niños en nombre de la persona menor de dieciocho (18) años. Para obtener más información sobre la elegibilidad y la inscripción, comuníquese con el Health Benefit Exchange.

**Dependientes:** Los suscriptores que se inscriban durante el Período de Inscripción Abierta establecido por el Health Benefit Exchange también pueden solicitar la inscripción de dependientes elegibles. Los dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad establecidos por el Health Benefit Exchange. Además, deben vivir en el área de servicio para acceder a este producto y están sujetos a los términos y condiciones de este Acuerdo. Las siguientes personas se consideran dependientes:

**Cónyuge:** La persona casada legalmente con el suscriptor conforme a la ley estatal.

**Niño(a) o niños:** El hijo(a), niño(a) adoptivo(a), hijastro(a), hijo(a) adoptado(a) o descendiente de cualquiera de ellos(as), como un nieto(a) del miembro. Cada niño es elegible para solicitar la inscripción como dependiente hasta los veintiséis años (26).

**Niño con una discapacidad:** Un niño que cumple los veintiséis años (26) de edad es elegible para continuar siendo un dependiente si cumple los siguientes criterios de elegibilidad:

- El niño es incapaz de tener un empleo autosostenible debido a una lesión, enfermedad o condición que genere discapacidad física o mental; y
- El niño de cualquier edad depende, principalmente, del suscriptor para su apoyo y manutención, en el caso de que tenga una discapacidad permanente y total.
- Un niño puede seguir contando con la cobertura de Molina en calidad de dependiente mientras tenga una discapacidad y siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

**Pareja doméstica:** La pareja doméstica de un suscriptor se puede inscribir en este Plan. La pareja doméstica debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad y presentar documentos de prueba de situación de pareja doméstica establecidos por el Health Benefit Exchange y la ley estatal.

**Adición de nuevos dependientes:** Una persona puede ser elegible para volverse un dependiente después de que el suscriptor se inscribe en este Plan. La persona elegible puede inscribirse como dependiente en el Plan del miembro. Los miembros deben comunicarse con Health Benefit Exchange y presentar cualquier solicitud, formulario e información requeridos para el dependiente. El miembro que desee inscribir a un dependiente nuevo debe enviar la solicitud a Health Benefit Exchange en los 60 días posteriores a la fecha en la que el dependiente se volvió elegible para inscribirse en el Plan.

**Cónyuge:** Se puede agregar a un(a) cónyuge como dependiente si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
- La fecha de matrimonio con el suscriptor.
- El cónyuge obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
- El cónyuge se traslada permanentemente al área de servicio.

**Niños (menores de 26 años):** Los niños pueden agregarse como dependientes si el suscriptor presenta la solicitud durante los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- La pérdida de la cobertura esencial mínima, tal como se define en la Ley de Atención Médica Asequible.
- El niño se vuelve un dependiente a través del matrimonio, el nacimiento, la colocación en adopción, la colocación en hogar de acogida, la adopción, la manutención de niños u otra orden judicial.
- El niño obtiene el estado de ciudadano o persona presente de manera legal en el país.
- El niño se traslada permanentemente al área de servicio.

**Niño recién nacido:** Un niño recién nacido de un suscriptor es elegible como dependiente a partir de su nacimiento. Un recién nacido tiene cobertura inicial durante treinta y un (31) días, incluida la fecha de nacimiento. Un niño recién nacido es elegible para continuar la inscripción si se presentó la inscripción en Molina en los sesenta (60) días posteriores al nacimiento o a la adopción.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Las solicitudes de niños recién nacidos para los servicios cubiertos elegibles se procesarán como parte de las reclamaciones de la madre y cualquier monto de deducible o máximo anual de gastos de bolsillo alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones de un recién nacido se acumulará como parte del deducible y máximo

anual de gastos de bolsillo de la madre. Sin embargo, si se recibe un expediente de inscripción para el recién nacido durante los primeros treinta y un (31) días, el recién nacido se agregará como dependiente a partir de la fecha de nacimiento, y cualquier reclamación incurrida por el recién nacido se procesará como parte de las reclamaciones del recién nacido, y cualquier monto del deducible o máximo anual de gastos de bolsillo alcanzado a través del procesamiento de las reclamaciones se acumulará como parte del deducible individual o máximo anual de gastos de bolsillo del recién nacido (es decir, no bajo el deducible y el máximo anual de gastos de bolsillo de la madre inscrita).

**Interrupción de la cobertura de dependientes:** La cobertura de dependientes se interrumpirá en los siguientes momentos:

- A las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del último día del mes calendario en que el hijo dependiente cumpla veintiséis (26) años, a menos que el hijo tenga una discapacidad y cumpla con los criterios específicos (consulte niño con discapacidad).
- La fecha en que se ingresa una sentencia final de divorcio, anulación o disolución del matrimonio entre el cónyuge dependiente y el suscriptor.
- La fecha de finalización de la sentencia de pareja doméstica entre el suscriptor y la pareja doméstica dependiente.
- Para la cobertura solo para niños, a las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del último día del mes calendario en el que el miembro infantil alcanza la edad límite de 21 años. Cualquiera de los dependientes puede ser elegibles para inscribirse en otros productos que ofrece Molina a través de Health Benefit Exchange.
- Fecha en que el suscriptor pierde la cobertura en virtud de este Plan.

**Elegibilidad continua:** Si un miembro ya no es elegible para la cobertura en virtud de este Plan, el personal de Molina le enviará una notificación por escrito, al menos, treinta (30) días antes de la fecha de vigencia en la que el miembro perderá la elegibilidad. El miembro tiene derecho a apelar la pérdida de elegibilidad con el Health Benefit Exchange.

**Tarjeta de identificación del miembro:** Los miembros deben llevar consigo su tarjeta de identificación del miembro en todo momento. Además, deben exhibirla cada vez que reciban servicios cubiertos. Para obtener una tarjeta de identificación de reemplazo, visite MyMolina.com o comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina. Las versiones digitales de la tarjeta de identificación están disponibles a través de MyMolina.com y la aplicación móvil de Molina.

**Derecho del miembro a obtener servicios de atención médica por fuera del Acuerdo:** Molina no prohíbe a los miembros contratar libremente servicios de atención médica por fuera de este Acuerdo en cualquier momento, conforme a los términos o condiciones que elijan. Los miembros serán 100 % responsables del pago de tales servicios; además, dichos pagos no se aplicarán al deducible ni al máximo de gastos de bolsillo de ninguno de los servicios en virtud de este Acuerdo. Para excepciones, los miembros deben revisar las secciones “Servicios de emergencia” y “Ningún proveedor participante proporcionará un servicio cubierto” de este Acuerdo.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** Un proveedor de atención primaria se ocupa de las necesidades habituales y básicas de atención médica. Los proveedores de atención primaria proporcionan a los Miembros servicios, como exámenes físicos, inmunizaciones o tratamientos de enfermedades o lesiones que no requieren atención médica de urgencia o emergencia. Molina solicita a los miembros que seleccionen un PCP del directorio de proveedores. Si no se selecciona un PCP, Molina asignará uno. Los miembros pueden solicitar el cambio de su PCP en cualquier momento en MyMolina.com o comunicándose con el Centro de Apoyo al Cliente.

Cada familiar puede seleccionar un PCP diferente. Es posible seleccionar a un médico especializado en pediatría como PCP de un niño. Se puede seleccionar un médico obstetra ginecólogo como PCP de una miembro.

En ocasiones, es posible que un miembro no pueda acceder al PCP que desea. Esto puede suceder por los siguientes motivos:

- El PCP ya no es un proveedor participante con Molina.
- El PCP ya tiene todos los pacientes de los que puede ocuparse en este momento.

Si un proveedor (PCP o un especialista) de un miembro o un hospital en el que recibe tratamiento ya no es un proveedor participante, Molina enviará una carta a dicho miembro para informarle. En ella, se explicará cómo le afecta este cambio. Si un proveedor de atención primaria ya no trabaja con Molina, el miembro puede elegir a otro. El Centro de Apoyo al Cliente puede ayudar al miembro a seleccionar un nuevo proveedor de atención primaria.

Los miembros a los que se les asignó un proveedor de atención primaria o que reciben servicios de un hospital cuyo contrato con Molina se termina, recibirán un aviso por escrito que informe dicha situación.

**Servicios de telesalud y telemedicina:** La telemedicina consiste en el uso de las telecomunicaciones y la informática para brindar acceso a la evaluación médica, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión y la información a cualquier distancia. Este servicio incluye tecnologías como teléfonos, máquinas de fax, sistemas de correo electrónico y dispositivos de monitoreo remoto de pacientes, que se utilizan a fin de recolectar y transmitir los datos del paciente para su control e interpretación.

Los servicios cubiertos también se encuentran disponibles a través de la Telesalud, excepto en los casos específicamente determinados en este Acuerdo. Para acceder a estos servicios, no se requiere el contacto en persona con el proveedor; además, el tipo de establecimiento donde se brindan no se encuentra limitado. Las siguientes disposiciones adicionales se aplican al uso de los servicios de Telesalud:

- Debe obtenerse de un proveedor participante
- Están destinados a utilizarse cuando se necesita atención en el momento, para asuntos médicos que no sean de emergencia.
- Son un método de acceso a los servicios cubiertos, y no un beneficio separado.
- No están permitidos cuando el miembro y el proveedor participante se encuentran en la misma ubicación física.
- No incluyen solo mensajes de texto, fax o correo electrónico.

Los servicios cubiertos proporcionados a través de la tecnología de almacenamiento y reenvío deben incluir una visita al consultorio en persona para determinar el diagnóstico o el tratamiento. Consulte la sección "Definiciones" para obtener una explicación.

Molina cubre Telemedicina de solo audio para un miembro que tiene una relación establecida con un proveedor que presta servicios cubiertos. Relación establecida significa que el miembro ha tenido al menos una cita en persona durante el último año con el proveedor que brinda Telemedicina solo de audio o con un proveedor empleado en la misma clínica como proveedor que brinda Telemedicina solo de audio o con el proveedor que brinda Telemedicina solo audio al que fue remitido la persona cubierta por otro proveedor que haya tenido al menos una cita en persona con el miembro durante el último año y haya proporcionado información médica relevante al proveedor que brinde Telemedicina solo audio.

**Objeciones morales:** Es posible que algunos proveedores participantes se opongan a proporcionarle algunos de los servicios, aunque estuvieran cubiertos conforme a este Acuerdo. Esto puede incluir la planificación familiar, los medicamentos anticonceptivos, dispositivos y productos aprobados por la FDA, que incluye la anticoncepción de emergencia, la esterilización (como la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto), la interrupción de embarazo,

el suicidio asistido y otros servicios. Los miembros deben comunicarse con los proveedores participantes o Centro de Apoyo al Cliente de Molina para asegurarse de que puedan recibir los servicios de atención médica que buscan. Molina ayudará a los miembros para que reciban los servicios cubiertos solicitados que brindan otros proveedores participantes.

**Proveedor no participante en un centro proveedor participante:** Si un miembro recibe atención que no es de emergencia de un proveedor hospitalario no participante que brinda servicios en un hospital proveedor participante, Molina pagará siempre que la atención sea:

- Médicamente necesaria
- Autorizada previamente
- Un servicio cubierto

Los proveedores no participantes que prestan servicios en un hospital de proveedores participantes pueden incluir, entre otros, patólogos, radiólogos y anestesiólogos. En la mayoría de los casos, el miembro no pagará más que el mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos de un proveedor participante, y el no participante no podrá facturar el saldo al miembro. Para algunos artículos y servicios, si el miembro acepta renunciar a las protecciones de facturación del saldo de acuerdo con el proceso requerido según la ley federal, el proveedor no participante puede facturar el saldo al miembro. Sin embargo, los proveedores no participantes nunca podrán facturar el saldo al miembro por los siguientes tipos de servicios prestados en un centro participante, incluso si el miembro acepta renunciar a las protecciones de facturación del saldo:

- Artículos y servicios relacionados con medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, ya sea proporcionados por un médico o no médico;
- Artículos y servicios proporcionados por cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas;
- Servicios de diagnóstico, incluidos servicios de radiología y laboratorio; y
- Artículos y servicios proporcionados por un proveedor no participante si no hay ningún proveedor participante que pueda proporcionar dicho artículo o servicio en dicha instalación.

**Proveedor no participante que brinda un servicio cubierto:** Si no hay un proveedor participante disponible para brindar un servicio cubierto médicamente necesario que no es de emergencia, Molina brindará dicho servicio a través de un proveedor no participante de la misma manera y sin un costo mayor que los servicios cubiertos cuando estos los presta un proveedor participante. Se requiere autorización previa antes de que el proveedor no participante inicie el servicio en este escenario.

**Continuidad de la atención:** Los miembros que reciben un curso activo de tratamiento para servicios cubiertos de un proveedor participante cuya participación con Molina finaliza sin causa pueden tener derecho a continuar recibiendo servicios cubiertos de ese proveedor hasta que se complete el curso activo de tratamiento o durante noventa (90) días lo que sea más corto, al costo compartido dentro de la red.

Un curso de tratamiento activo es:

- Un curso continuo de tratamiento para una afección potencialmente mortal, que es una enfermedad o afección cuya probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.
- Un curso de tratamiento continuo para una afección aguda grave, que es una enfermedad o afección que requiere atención continua compleja y que la persona cubierta está recibiendo actualmente, como quimioterapia, visitas posoperatorias o radioterapia.
- El segundo o tercer trimestre del embarazo hasta el período posparto; o

- Un curso continuo de tratamiento para una condición de salud para la cual un médico tratante o proveedor de atención médica certifica que la interrupción de la atención por parte de ese médico o proveedor de atención médica empeoraría la condición o interferiría con los resultados anticipados.

La continuidad de la atención terminará cuando se cumpla la primera de las siguientes condiciones:

- Tras una transición exitosa de la atención a un proveedor participante si el miembro elige realizar la transición de su atención
- Al finalizar el curso de tratamiento antes del día 90 de continuidad de la atención
- Al finalizar el día 90 de continuidad de la atención
- El miembro ha cumplido o superado los límites de beneficios de su plan
- La atención no es médicamente necesaria
- La atención está excluida de la cobertura de un miembro
- El miembro deja de ser elegible para la cobertura

Molina proporcionará servicios cubiertos a costo compartido dentro de la red para el tratamiento de una condición médica solicitada específicamente hasta alcanzar el monto inferior entre la cantidad autorizada de Molina y la tarifa acordada para tales servicios. Si Molina y el proveedor no logran acordar una tarifa, el miembro podrá ser responsable ante el proveedor por cualquier monto facturado que exceda la cantidad autorizada de Molina. Eso se sumaría a cualquier monto de costo compartido dentro de la red que los miembros adeuden conforme a este Acuerdo. Además, cualquier pago por los montos que superen el monto previamente contratado no se aplicará a su deducible o al máximo de gastos de su propio bolsillo anual.

**Transición de la atención:** Molina puede autorizar que un miembro nuevo continúe recibiendo los servicios cubiertos para un curso de tratamiento continuo con un proveedor no participante hasta que Molina coordine la transición de la atención a un proveedor participante, de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Molina solo extenderá la cobertura de servicios cubiertos a proveedores no participantes cuando se determine que es médicamente necesario, a través del proceso de revisión de la autorización previa. Los miembros pueden comunicarse con Molina para iniciar la revisión de la autorización previa.
2. Molina solo proporcionará servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes. Una aseguradora previa (si no se interrumpió la cobertura antes de inscribirse en Molina) puede ser responsable de la cobertura hasta la entrada en vigencia de la cobertura con Molina.
3. Después de la fecha de vigencia de la cobertura del miembro, Molina puede coordinar la provisión de servicios cubiertos por parte de cualquier proveedor no participante en nombre del miembro, para que se traslade la historia clínica, la administración de casos y la coordinación de transferencias a un proveedor participante de Molina.
4. Para pacientes internados: Con la ayuda del miembro, Molina puede comunicarse con cualquier Aseguradora anterior (si corresponde) con el fin de determinar la responsabilidad de tal compañía en el pago de los servicios hospitalarios para pacientes internados hasta el momento del alta, de cualquier admisión de pacientes internados. Si no hay una transición de la provisión de cuidado a través de la aseguradora anterior del miembro o si este no tenía cobertura a través de una aseguradora en el momento de la admisión, Molina asumiría la responsabilidad de los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina, no antes.

## ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

**Si tiene una emergencia, llame al 911.** En caso de una emergencia, los Miembros pueden llamar a una ambulancia o dirigirse a la sala de emergencias de un hospital, incluso si se trata de un proveedor no participante o que se encuentra fuera del área de servicio.

**Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas:** El personal de enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, todo el año, para responder a preguntas y ayudar a los miembros a acceder a la atención médica. El número de la Línea de Consejos de Enfermería es 1-888-275-8750.

**Requisito de proveedor participante:** En general, un miembro debe recibir servicios cubiertos de un proveedor participante; de lo contrario, los servicios no están cubiertos, el miembro será 100 % responsable del pago al proveedor no participante y los pagos no se aplicarán al deducible ni al máximo anual de gastos de bolsillo. Sin embargo, un miembro puede recibir los servicios cubiertos de un proveedor no participante para lo siguiente:

- Servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual
- Servicios de un proveedor no participante, que están sujetos a autorización previa.
- Excepciones que se detallan a continuación, en la sección “Proveedor no participante en un centro de proveedor participante”
- Excepciones que se describen a continuación en “Ningún proveedor participante proporcionará un servicio cubierto”
- Excepciones que se detallan en la sección “Continuidad de la atención”
- Excepciones que se detallan en la sección “Transición de la atención”

Para localizar un proveedor participante, consulte el directorio de proveedores en **MolinaMarketplace.com** o llame a Apoyo al Cliente.

Tipo de cita para PCP	Cuándo un miembro debe obtener la cita
Atención médica de emergencia	Disponible las 24 horas del día/7 días de la semana
Atención de urgencia	Dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud de cita
Atención preventiva: que no sea de urgencia	Dentro de los 30 días calendario de la solicitud
Citas de atención de rutina o que no sean de urgencia	Dentro de los 10 días calendario de la solicitud
Atención después del horario de atención	Disponible las 24 horas del día/7 días de la semana
Tiempo de espera en el consultorio	No debe exceder los 30 minutos

## AUTORIZACIÓN PREVIA

**Condiciones médicas de emergencia:** Las emergencias no requieren autorización previa.

**Proceso de autorización previa:** Molina debe aprobar algunos servicios y medicamentos recetados antes de que estén cubiertos para un miembro. Este proceso se llama autorización previa. Si un servicio requiere autorización previa, un proveedor solicitará autorización a Molina en nombre del miembro. Si Molina no proporciona autorización para un servicio, un miembro puede apelar la decisión. Para saber si un servicio requiere autorización previa, comuníquese con Apoyo al Cliente. Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos, revise el formulario de Molina en MolinaMarketplace.com. Los siguientes servicios siempre requieren autorización:

- Hospitalización (no de urgencia). *Esta no se aplica a los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados o residenciales en un centro de salud conductual.*
- Atención a largo plazo (hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo)
- Equipo médico duradero
- Cirugía que no es de emergencia

No se requiere autorización previa para una evaluación inicial y seis (6) visitas de tratamiento para terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia, servicios quiroprácticos, terapia de masajes, terapia auditiva, medicina oriental o servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios para cada nuevo episodio de atención. Nuevo episodio de atención significa tratamiento para una nueva condición o diagnóstico por el cual el miembro no ha sido tratado por un proveedor de la misma profesión autorizada dentro de los noventa días anteriores y actualmente no está recibiendo ningún tratamiento activo.

### Plazos de decisiones de autorización

#### Servicios médicos:

- **Solicitudes de autorización previa de rutina:** Se procesará dentro de cinco (5) días calendario a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina para tomar la determinación
- **Solicitudes de autorización previa acelerada:** Para afecciones médicas (que no son afecciones médicas de emergencia) que el proveedor de un miembro cree que pueden causar una amenaza grave a la salud de un miembro, las autorizaciones se procesan dentro de dos (2) días calendario a partir de la recepción de toda la información razonablemente necesaria y solicitada por Molina para realizar la determinación.

Si se necesita información adicional para tomar la determinación de autorización previa, Molina aprobará o rechazará la solicitud dentro de los cuatro (4) días calendario posteriores a la recepción de la información adicional. Molina negará una autorización previa si no se proporciona la información solicitada. Las solicitudes de autorización previa acelerada relacionadas con afecciones médicas que pueden causar una amenaza grave a la salud de un miembro se procesan dentro de dos (2) días calendario. Esto es dos (2) días calendario desde que Molina recibe la información necesaria para tomar la decisión. En el caso de que la solicitud de autorización previa acelerada sea también una solicitud de revisión concurrente, Molina tomará una determinación lo antes posible y a más tardar veinticuatro (24) horas después de su recepción, siempre que la solicitud de autorización previa se realice al menos veinticuatro (24) horas antes del vencimiento del período de tiempo o número de tratamientos previamente aprobado. Para las solicitudes de revisión después del servicio, Molina hará su determinación dentro de treinta días calendario. Molina denegará una autorización previa si la información que Molina ha solicitado no se proporciona dentro del plazo requerido.

**Medicamentos y medicamentos recetados:** Las decisiones y notificaciones de autorización previa para medicamentos que no figuran en el formulario de Molina se proporcionarán como se describe en la sección de este Acuerdo titulada “Autorización previa”, “Acceso a medicamentos que no están en el formulario” o “Solicitud de una excepción”.

**Necesidad médica:** Las determinaciones sobre las autorizaciones previas se realizan en función de una revisión de la necesidad médica del servicio solicitado. Molina está aquí para ayudar a los miembros durante todo este proceso. Si un miembro tiene preguntas sobre cómo obtener la aprobación de un determinado servicio, puede visitar MolinaMarketplace.com o comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente, al número que aparece en la Guía de referencia en la página 2 de este Acuerdo. Molina puede explicarle cómo se toman las decisiones basadas en la necesidad médica.

Molina no aprobará una autorización previa si no se proporciona la información solicitada en relación con la revisión de la dicha autorización. Si una solicitud de servicio no es médicamente necesaria, no será aprobada. Si el servicio solicitado no es un servicio cubierto, no será aprobado. Los miembros recibirán una carta en la que se les informará el motivo por el que no se aprobó la solicitud de autorización previa. El miembro, su representante autorizado o su proveedor pueden apelar la decisión. En la carta de denegación, se detalla la manera en la que los miembros pueden apelar las decisiones. Estas instrucciones se encuentran en la sección “Reclamaciones y apelaciones” de este Acuerdo.

Si el miembro o su proveedor deciden proceder con un servicio que no fue aprobado, el miembro deberá pagar el costo de esos servicios como servicios “no cubiertos” en virtud de este Acuerdo.

**Revisión de utilización:** El personal autorizado de Molina procesa las solicitudes de autorización previa y realiza revisiones simultáneas. Si se solicita, los proveedores y miembros que pidan una autorización para servicios cubiertos recibirán un detalle de los criterios utilizados para tomar las determinaciones de cobertura. Cuando no autoriza un servicio para un miembro, Molina brinda ayuda y alternativas para la atención.

**Revisión simultánea para pacientes hospitalizados:** Molina realiza revisiones simultáneas en casos de pacientes internados. Para admisiones que no sean de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro de admisión deberán solicitar una certificación previa al menos catorce (14) días antes de la fecha programada para la admisión del miembro. Para una admisión de emergencia, un miembro, su proveedor o el centro de admisión deben notificar a Molina dentro de las veinticuatro (24) horas o tan pronto como sea razonablemente posible después de que el miembro haya sido admitido. Para servicios médicos para pacientes ambulatorios y hospitalizados que no sean de emergencia que requieran autorización previa, un miembro, su proveedor o el centro de admisión deben notificar a Molina al menos catorce (14) días antes de que se proporcione la atención ambulatoria o de que se programe el procedimiento. Para cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, Molina coordinará los servicios dentro de las cuarenta y ocho (48) horas y continuará realizando el seguimiento cada cuarenta y ocho (48) horas.

**Segunda opinión:** Es posible que un miembro o su proveedor quieran que otro proveedor revise la afección del miembro, lo que se denomina segunda opinión. Este proveedor puede revisar la historia clínica del miembro, programar una consulta y sugerir un plan de atención. Molina solo cubre segundas opiniones cuando las proporciona un proveedor participante.

**Servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual:** Servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual están disponibles las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana para los miembros de Molina. Si los miembros creen que tienen una emergencia, deberían hacer lo siguiente:

- Llamar al 911 de inmediato.
- Dirigirse al hospital más cercano o a la sala de emergencias.

Al recibir servicios de emergencia o servicios de emergencia de salud conductual, los miembros deben traer su tarjeta de identificación de miembro.

Los miembros que no estén seguros de si necesitan servicios de emergencia o servicios de emergencia de salud conductual pero que necesiten ayuda médica deben llamar a su PCP o llamar gratuitamente a la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas.

No vaya a la sala de emergencias de un hospital si la condición no es una emergencia.

**Servicios de emergencia cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio de Molina:** Diríjase a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente en un plazo de veinticuatro (24) horas o tan pronto como pueda.

**Servicios de atención de urgencia y atención fuera del horario de atención:** Los servicios de atención de urgencia son aquellos servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud debido a una afección o lesión médica imprevista. Los servicios de atención de urgencia están sujetos al costo compartido en el Programa de Beneficios. Los miembros deben obtener los servicios de atención urgencia de un proveedor participante. Si los miembros necesitan servicios de atención de urgencia o atención médica después de las horas de consulta, deben llamar a su proveedor de atención primaria o a la Línea de Consejos de Enfermería.

Los miembros que se encuentran dentro del área de servicio pueden preguntarle a su PCP qué centro de atención de urgencia del proveedor participante deben utilizar. Es mejor averiguar con anticipación el nombre del centro de atención de urgencia del proveedor participante.

**Servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual proporcionados por un proveedor no participante:** Molina cubre servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual prestados por proveedores no participantes de acuerdo con las leyes estatales y federales. Los servicios de emergencia y los servicios de emergencia de salud conductual ya sean de proveedores participantes o no participantes, están sujetos al costo compartido para los servicios de emergencia en el Programa de Beneficios.

**Importante:** Salvo que la ley estatal exija lo contrario, cuando se reciban servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual de proveedores no participantes para el tratamiento de una condición médica de emergencia, los reclamos se pagarán según el monto permitido de Molina.

**Transferencia a un hospital proveedor participante:** Se requiere autorización previa para recibir servicios hospitalarios, excepto en el caso de servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual, y otras excepciones identificadas en este Acuerdo. Para los miembros que son admitidos en un hospital de un proveedor no participante para recibir servicios de emergencia o servicios de emergencia de salud conductual, Molina trabajará con el miembro y su proveedor para brindar transporte a un centro de proveedor participante. Si la cobertura del miembro termina durante una estadía en el hospital, los servicios recibidos después de la fecha de terminación no son servicios cubiertos. Si el miembro rechaza la transferencia, los servicios adicionales proporcionados en el centro del proveedor no participante no son Servicios cubiertos. Es posible que los servicios no cubiertos no tengan derecho a las protecciones de Facturación del saldo y el proveedor pueda facturar el saldo a los miembros por estos servicios. El miembro será 100 % responsable de los pagos, y los pagos no se aplicarán al deducible ni al máximo anual de gastos de bolsillo.

**Transporte médico en ambulancia terrestre de emergencia:** El transporte médico terrestre de emergencia en ambulancia o los servicios de transporte terrestre en ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911 están cubiertos cuando

sean médicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del miembro. Los servicios de transporte de emergencia en ambulancia terrestre, ya sea de proveedores participantes o proveedores no participantes, están sujetos al costo compartido para los servicios de emergencia en el Programa de Beneficios. Los proveedores no participantes de transporte médico de emergencia en ambulancia terrestre pueden facturar el saldo de los cargos no cubiertos.

**Transporte médico de emergencia en ambulancia aérea:** Los servicios de transporte médico de emergencia en ambulancia aérea están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Estos servicios están cubiertos solo cuando otros tipos de transporte pondrían en riesgo la salud o la seguridad del miembro. Los servicios de transporte de emergencia en ambulancia aérea, ya sea de proveedores participantes o proveedores no participantes, están sujetos al costo compartido para los servicios de emergencia en el Programa de Beneficios. Los proveedores no participantes de transporte médico de emergencia en ambulancia aérea no pueden facturar el saldo de los cargos no cubiertos.

**Embarazo y maternidad:** Molina cubre atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el término del embarazo, lo que incluye cobertura para el embarazo de una dependiente. Esto incluye atención prenatal, intraparto y perinatal, durante el parto normal, aborto espontáneo (pérdida) y complicaciones del embarazo.

Molina cubre los siguientes servicios de atención de maternidad relacionados con el trabajo de parto y el parto:

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas y atención en un centro de maternidad, incluida la atención de una enfermera partera certificada, durante cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal normal. También incluye la atención durante las noventa y seis (96) horas posteriores a un parto por cesárea (C-section). Las estadías más largas deben ser autorizadas por Molina. Consulte "Atención de Maternidad" en la sección "Servicios hospitalarios para pacientes internados" del Programa de Beneficios para los costos compartidos que se aplicarán a estos servicios.
- Si el proveedor de la miembro, después de consultar al miembro, decide darle el alta a la miembro y a su recién nacido antes del período de cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (96) horas, Molina cubrirá los servicios de laboratorio y posteriores al alta. Cualquier decisión para acortar el período de atención hospitalaria para la miembro o su recién nacido debe ser tomada por el proveedor participante que le atiende. Debe basarse en la necesidad médica y en consulta con la miembro. Si se acorta el período de hospitalización, se cubrirán al menos tres (3) visitas de atención domiciliaria. La miembro y su proveedor pueden acordar que una (1) o dos (2) visitas son suficientes. El cuidado en el hogar incluye la educación de los padres, la asistencia y el entrenamiento en el seno y la lactancia materna, y la administración de cualquier prueba clínica apropiada. Tenga en cuenta que el costo compartido de atención preventiva o el costo compartido de atención primaria se aplicarán a los servicios posteriores al alta, según corresponda. Asimismo, el costo compartido de pruebas de laboratorio aplicará a los servicios de laboratorio).
- Servicios y suministros de guardería para recién nacidos, incluidos los niños recién adoptados.
- Si una miembro es una persona embarazada de alto riesgo médico que está a punto de dar a luz, Molina cubrirá el transporte, incluido el transporte aéreo, al centro de atención médica apropiado más cercano cuando sea necesario para proteger la vida del recién nacido o de la miembro.
- Diagnóstico prenatal de trastornos congénitos mediante procedimientos de detección o diagnóstico si son médicamente necesarios.

**Fenilcetonuria (PKU) y otros errores innatos del metabolismo:** Molina cubre las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU). También cubre otros errores innatos del metabolismo que involucran aminoácidos. Esto incluye fórmulas y productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada por un proveedor participante y administrada por un profesional de atención médica autorizado. El profesional de atención médica consultará con un proveedor que se especializa en el tratamiento de enfermedades metabólicas. La dieta debe considerarse médicamente necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o función normal. A efectos de esta sección, se aplican las siguientes definiciones:

- La fórmula es un producto enteral para uso en el hogar recetado por un proveedor participante.
- Producto alimenticio especial es un producto alimenticio recetado por un proveedor participante para el tratamiento de la PKU. También se puede prescribir para otros errores innatos del metabolismo. Se utiliza en lugar de productos alimenticios normales, como los alimentos de la tienda de comestibles. No incluye un alimento que sea naturalmente bajo en proteína.
- Otras fórmulas especializadas y suplementos nutricionales no están cubiertos. (Se aplicará el costo compartido de medicamentos recetados)
- Fórmula elemental para el trastorno eosinofílico asociado al tubo digestivo

Molina cubre la fórmula elemental médicamente necesaria, independientemente del método de administración, cuando se asocia con un trastorno gastrointestinal eosinofílico asociado. Este beneficio debe ser ordenado y supervisado por un proveedor participante; se aplica el costo compartido de los servicios profesionales ambulatorios.

**Acceso a la atención médica para miembros con discapacidades:** La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) prohíbe la discriminación por discapacidad. La ADA exige que Molina y sus contratistas hagan acomodaciones razonables para los miembros con discapacidades. Los miembros con discapacidades deben comunicarse con Centro de Apoyo al Cliente para solicitar asistencia con las acomodaciones razonables.

**Acceso físico:** Se hizo todo lo posible para garantizar que las oficinas de Molina y los consultorios de los proveedores participantes sean accesibles para personas con discapacidades. Los miembros con necesidades especiales deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número que aparece en la Guía de referencia en la página 2 de este Acuerdo para encontrar un proveedor participante apropiado.

**Acceso para personas sordas o con problemas de audición:** Llame al Centro de Apoyo al Cliente al número de TTY 711 para recibir ayuda.

**Acceso para personas con visión disminuida o ciegas:** Este Acuerdo y otros materiales para importante para miembros estarán disponibles en formatos accesibles para personas con visión disminuida o ciegas: Hay disponibles formatos de disco de ordenador grandes y de impresión ampliada. Este Acuerdo también está disponible en formato de audio. Para obtener formatos accesibles o recibir ayuda directa en la lectura del Acuerdo y otros materiales, llame al Centro de Apoyo al Cliente de Molina.

**Quejas sobre el acceso para personas con discapacidad:** Si un miembro cree que Molina o sus proveedores no respondieron a sus necesidades de acceso para personas con discapacidades, puede presentar una queja ante Molina. Consulte la sección Reclamaciones y apelaciones de este Acuerdo para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación.

## **COSTOS COMPARTIDOS**

Molina exige que los miembros paguen el costo compartido de ciertos servicios cubiertos en conformidad con este Acuerdo. Los miembros deben revisar su Programa de Beneficios para conocer el costo compartido que se aplica a los servicios cubiertos. Para ciertos servicios cubiertos, como los análisis de laboratorio y las radiografías, que se proporcionan en la misma fecha del servicio y en la misma ubicación de una visita al consultorio de un PCP o un especialista, los miembros solo serán responsables del monto del costo compartido aplicable a la visita al consultorio. Los costos compartidos no superarán la carga real del servicio, el medicamento o el suministro.

Los miembros que reciben servicios cubiertos hospitalarios para el paciente internado o servicios en un Centro de enfermería especializada en la fecha de vigencia de este Acuerdo pagan el costo compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia de la cobertura con Molina. En el caso de los elementos pedidos por adelantado, los miembros pagan el costo compartido vigente conforme a este Acuerdo a partir de la fecha de vigencia solo para los servicios cubiertos. El costo compartido de los medicamentos recetados cubiertos se debe pagar en el momento en que la farmacia de la red surta la receta del miembro. Los niveles del formulario y el costo compartido del diseño del plan se describen en la sección "Medicamentos recetados" de este Acuerdo y en el Programa de Beneficios de su plan.

Los miembros que reciben servicios cubiertos en una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios (tanto dentro como fuera del campus) pueden estar sujetos a una tarifa del centro y a un costo compartido de honorarios profesionales. Una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios es una parte de un hospital para pacientes ambulatorios que brinda servicios de diagnóstico, terapéuticos (tanto quirúrgicos como no quirúrgicos) y de rehabilitación a personas enfermas o lesionadas que no requieren hospitalización o institucionalización. Los miembros deben consultar su Programa de Beneficios para conocer los costos compartidos aplicables.

## SERVICIOS CUBIERTOS

En esta sección, se describen los servicios cubiertos disponibles en este Plan. Los servicios cubiertos están disponibles para los Miembros actuales y pueden quedar sujetos al costo compartido, las exclusiones, las limitaciones, los requisitos de autorización, las aprobaciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. Molina solo proporcionará y pagará un servicio cubierto si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- La persona que recibe los servicios cubiertos en la fecha en que se prestan los servicios cubiertos es un miembro
- Los servicios cubiertos son médicamente necesarios o están aprobados por Molina.
- Los servicios se identifican como servicios cubiertos en este Acuerdo.
- El miembro recibe servicios cubiertos de un proveedor participante, excepto los servicios cubiertos que están expresamente cubiertos cuando los prestan proveedores no participantes según los términos de este Acuerdo.

Los miembros deben leer este Acuerdo en su totalidad y con atención, a fin de comprender su cobertura y evitar ser financieramente responsables de los servicios que no están cubiertos en virtud de este Acuerdo.

**Beneficios de salud esenciales:** Los servicios cubiertos para los Miembros incluyen los Beneficios de salud esenciales (EHB, en inglés), según lo define la Ley de Atención Médica Asequible y sus normas federales correspondientes. Los servicios que no son EHB se detallarán específicamente en este Acuerdo.

La cobertura de EHB incluye, al menos, las diez (10) categorías de beneficios identificadas en la Ley ACA y sus normas federales correspondientes. Los Miembros no pueden quedar excluidos de la cobertura en ninguna de las diez (10) categorías de los EHB. Tenga en cuenta que los miembros no serán elegibles para los servicios pediátricos cubiertos de EHB en virtud de este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del último día del mes en que cumplan diecinueve (19) años. Esto incluye la cobertura dental para pacientes pediátricos, que se puede comprar por separado a través de Health Benefit Exchange, y la cobertura de servicios para el cuidado de la vista de pacientes pediátricos.

En virtud de la ACA y sus normas federales correspondientes que regulan los EHB, se aplican las siguientes condiciones:

- Molina no puede fijar límites vitalicios ni anuales sobre el valor en dólares de los EHB que se proporcionan conforme a este Acuerdo.
- Cuando un proveedor participante proporciona los servicios médicos preventivos de los EHB, el miembro no tendrá que pagar ningún monto de costo compartido.
- Molina debe asegurarse de que el costo compartido que los Miembros pagan por todos los EHB no exceda el límite anual que se determina en virtud de la ACA.

A los efectos del límite anual de los EHB, el costo compartido se refiere a cualquier costo que un Miembro deba pagar para recibir los EHB. El costo compartido incluye los deducibles, el coseguro y los copagos, pero excluye las primas y los gastos del miembro en los servicios no cubiertos.

**Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción:** Molina cumple con la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act), que se aplica a nivel federal. Molina garantiza que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento de los servicios de salud mental o los beneficios para trastornos por uso de sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos.

**Servicios médicos preventivos:** Según la Ley de Atención Médica Asequible y como parte de los Beneficios de salud esenciales del miembro, Molina cubre servicios médicos preventivos sin costo compartido para los miembros. Los servicios médicos preventivos incluyen lo siguiente:

- Elementos o servicios basados en la evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” vigente en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Médicos Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, en inglés). Estas recomendaciones incluyen la profilaxis preexposición (PrEP, en inglés) para la prevención de la infección por HIV en personas con alto riesgo de infección. Visite el sitio web de USPSTF para obtener recomendaciones de servicios preventivos en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
- Inmunizaciones de rutina para niños, adolescentes y adultos, según lo recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, en inglés).
- Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, dicha atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia están previstos en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, en inglés).
- Servicios preventivos y exámenes de detección previstos en pautas integrales respaldadas por la regulación estatal y la HRSA para pautas de servicios preventivos y de bienestar para mujeres en la medida en que no estén incluidos en ciertas recomendaciones del USPSTF.
- Exámenes preventivos para detectar necesidades de atención médica física, mental, sexual y reproductiva que surjan de ataques sexuales, independientemente del sexo del miembro.

Molina brinda cobertura para servicios anticonceptivos, que incluyen anticoncepción de emergencia, vasectomía, inserción/extracción de dispositivos anticonceptivos, procedimientos de esterilización para mujeres con receta médica y ligadura de trompas. No se proporciona cobertura para la reversión de procedimientos de esterilización.

Molina cubre exámenes y asesoramiento sobre obesidad, lo que incluye ofrecer o derivar a miembros de seis (6) años de edad o más que tengan un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m<sup>2</sup> o más, o que tengan factores de riesgo adicionales de enfermedad cardiovascular (CVD), a intervenciones conductuales multicomponentes intensivas para promover una dieta saludable y actividad física para la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Molina cubre consejería para mujeres de 40 a 60 años con índice de masa corporal (IMC) normal o con sobrepeso (18,5-29,9 kg/m<sup>2</sup>) para mantener el peso o limitar el aumento de peso para prevenir la obesidad. El asesoramiento puede incluir conversaciones individualizadas sobre alimentación saludable y actividad física.

Se brinda cobertura para apoyo, suministros y asesoramiento para la lactancia materna e incluye la compra de un extractor de leche eléctrico de uso personal, un extractor por nacimiento. En caso de nacimientos múltiples, solo se cubre una bomba. La cobertura de equipos para lactancia materna incluye extractores de leche eléctricos dobles (incluidos los repuestos y el mantenimiento del extractor) y suministros para almacenamiento de leche materna. El equipo de lactancia también puede incluir equipos y suministros clínicamente indicados para apoyar a las dadas con dificultades para amamantar y a aquellas que necesitan servicios adicionales. Esta cobertura incluye los suministros necesarios para el funcionamiento de la bomba.

Todos los servicios de atención preventiva deben ser proporcionados por un proveedor participante para ser cubiertos en virtud de este Acuerdo. A medida que las agencias gubernamentales mencionadas anteriormente publiquen nuevas recomendaciones y pautas para los servicios médicos preventivos, estos se cubrirán conforme a este Acuerdo. La cobertura comenzará durante los años del producto que comiencen un año después de la fecha en que se emita la recomendación o pauta, o en la fecha que requieran la ACA y sus normas de implementación. El año del Plan, también conocido como año de póliza a los efectos de esta disposición, se basa en el año natural.

Si una recomendación o directriz gubernamental existente o nueva no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el establecimiento para la prestación de un servicio preventivo, entonces Molina puede imponer límites razonables de cobertura a dicha atención preventiva. Los límites de cobertura serán conforme a la ACA, sus normas federales correspondientes y las leyes estatales aplicables.

**Servicios médicos:** Molina cubre los siguientes servicios médicos para pacientes ambulatorios, que incluyen, entre otros:

- Visitas al consultorio, que incluyen:
  - Suministros médicos asociados.
  - Visitas prenatales y posnatales.
- Quimioterapia y otros medicamentos administrados por el proveedor en el consultorio del médico o en un entorno para pacientes ambulatorios o internados. Estos servicios están sujetos al costo compartido del centro para pacientes ambulatorios o internados.
- Procedimientos de diagnóstico, que incluyen:
  - Colonoscopias
  - Pruebas cardiovasculares
  - Estudios de función pulmonar
  - Neurología/procedimientos neuromusculares
- Radioterapia (los miembros pueden estar sujetos a costos compartidos profesionales y del centro según el lugar del servicio)
- Exámenes de salud pediátricos y de adultos de rutina
- Inyecciones terapéuticas y suministros relacionados.
- Exámenes de rutina y la atención prenatal proporcionados por un obstetra ginecólogo. Los miembros pueden seleccionar un obstetra ginecólogo como su PCP. Las mujeres dependientes tienen acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica.
- Estudios del sueño (se requiere autorización previa. Es posible que se apliquen costos compartidos de instalaciones separadas).

**Servicios de habilitación (Limitación para pacientes ambulatorios de 25**

**visitas/Limitación para pacientes hospitalizados de 30 días):** Molina cubre los servicios y los dispositivos autorizados de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y tareas para continuar su vida diaria. Incluyen la fisioterapia, la terapia del habla, la terapia ocupacional, la terapia auditiva y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de pacientes internados o ambulatorios. Molina cubre la terapia del desarrollo neurológico médicamente necesaria. Los servicios están limitados a 25 visitas combinadas por año calendario (esta limitación no se aplica a los servicios cubiertos para trastornos del espectro autista).

**Servicios de rehabilitación (Limitación para pacientes ambulatorios de 25**

**visitas/Limitación para pacientes hospitalizados de 30 días):** Molina cubre servicios que ayudan a los miembros a mantener, recuperar o mejorar las destrezas y el funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o deterioraron a causa de una enfermedad, una lesión o una discapacidad. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

La terapia de masaje está cubierta cuando se proporciona como parte de fisioterapia o atención quiropráctica en relación con servicios de rehabilitación o habilitación. Los proveedores elegibles incluyen fisioterapeutas, quiroprácticos, proveedores naturistas y masajistas contratados o cualquier otro proveedor que actúe dentro del alcance de su licencia. Todos los servicios prestados durante la misma sesión cuentan como una visita. Los miembros tienen acceso directo a un quiropráctico sin necesidad de remisión.

Los servicios de rehabilitación están limitados a 25 visitas combinadas del habla, físicas y ocupacionales por año calendario; sin embargo, no hay límite cuando se reciben servicios médicamente necesarios debido a una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias. Los servicios de manipulación de columna están limitados a 10 tratamientos por año. Los servicios de acupuntura están limitados a 12 visitas sin remisión por año calendario. Los servicios de acupuntura brindados para el tratamiento de dependencia química no están sujetos a ningún límite de visitas.

**Servicios dentales y de ortodoncia:** Los servicios dentales y de ortodoncia proporcionados en virtud de este Acuerdo, deben contar con autorización previa y se limitan a los siguientes:

- Servicios dentales para el tratamiento con radioterapia.
- Anestesia dental para quienes estarían en riesgo si el servicio se realizara en otro lugar y sin anestesia.
- Servicios dentales y de ortodoncia para el paladar hendido.
- Servicios para tratar el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, en inglés) (Consulte la sección Síndrome de la Articulación Temporomandibular de este Acuerdo).
- Servicios o aparatos necesarios para el tratamiento médico o como resultado del mismo si el servicio es de emergencia o requiere la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas
- Cirugía oral necesaria debido a un trauma o lesión

Molina no proporciona servicios dentales para pacientes pediátricos bajo este Acuerdo.

**Síndrome de la articulación temporomandibular (“ATM”):** Molina cubre los siguientes servicios para tratar el síndrome de la articulación temporomandibular (también conocido como “ATM”)

- Tratamiento médico no quirúrgico necesario (por ejemplo, férula y terapia física) de TMJ;
- El tratamiento quirúrgico y artroscópico del TMJ si los antecedentes demuestran que el tratamiento médico conservador ha fracasado.

Para los servicios cubiertos relacionados con la atención dental o de ortodoncia en las secciones anteriores, los miembros pagarán el costo compartido que pagarían si los servicios no estuvieran relacionados con la atención dental o de ortodoncia. Por ejemplo, consulte “Servicios hospitalarios/centros para pacientes internados” en el Programa de Beneficios para conocer los costos compartidos que se aplican a la atención hospitalaria para pacientes internados.

**Servicios para la diabetes:** Molina cubre los siguientes servicios y suministros relacionados con la diabetes:

- Capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes cuando las proporciona un proveedor participante
- Exámenes oculares para diabéticos (exámenes de retina con dilatación de dilatación, limitados a 1 visita por año)
- Materiales educativos fáciles de leer sobre la salud de las personas diabéticas.
- Terapia de nutrición médica en un ambiente de salud ambulatorio, internado o domiciliario.
- Entrenamiento para la autogestión de la diabetes del paciente ambulatorio.
- Cuidado de rutina de los pies para miembros con diabetes (incluido el cuidado de callos, juanetes, callosidades o desbridamiento de uñas)
- Dispositivos podológicos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando se prescriben por un proveedor participante que es un podólogo
- Los servicios médicos preventivos incluyen los siguientes:
  - Educación y autogestión de la diabetes.

- Examen preventivo de diabetes (de tipo 2).
- Detección de diabetes gestacional.
- Servicios de dietistas.
- Monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a los miembros con visión deficiente o ciegos.
- Bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados.
- Dispositivos podológicos para prevenir o tratar problemas de pie relacionados con la diabetes
- Ayudas visuales, excepto anteojos, para ayudar a las personas con visión deficiente con la dosificación apropiada de insulina.

Para obtener información sobre los suministros destinados a diabéticos, consulte la sección “Medicamentos recetados”.

**Servicios pediátricos de visión:** Molina cubre los siguientes servicios de la vista para miembros menores de diecinueve (19) años:

- Examen de la vista de rutina y examen ocular integral que incluye dilatación según lo indique profesionalmente y con refracción cada año del Plan.
- Anteojos recetados: marcos y lentes, limitados a un (1) par de anteojos recetados una vez cada doce (12) meses.
- Los marcos cubiertos incluyen una selección limitada de marcos cubiertos. Los proveedores participantes ofrecerán la selección limitada de los marcos disponibles para los miembros en virtud de este Acuerdo. Los marcos que no estén dentro de la selección limitada de marcos según este Acuerdo no están cubiertos.
- Los lentes recetados incluyen lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lentes lenticulares y lentes de policarbonato. Las lentes incluyen revestimiento resistente a rayones y protección contra rayos UV.
- Lentes de contacto graduadas: En lugar de lentes y marcos recetados, Molina cubre lentes de contacto recetados con un suministro limitado a un (1) año cada doce (12) meses. Esto incluye evaluación, adaptación y atención de seguimiento. También están cubiertos, en lugar de lentes y marcos recetados, lentes de contacto recetados para el tratamiento de:
  - Aniridia
  - Aniseiconía
  - Anisometropía
  - Afaquia
  - Trastornos de la córnea
  - Astigmatismo irregular
  - Queratocono
  - Miopía patológica
  - Trastornos postraumáticos
- Los dispositivos ópticos para visión deficiente están cubiertos e incluyen servicios, entrenamiento e instrucción para visión deficiente para maximizar la visión utilizable restante. La atención de seguimiento está cubierta cuando los servicios son médicamente necesarios y se obtiene autorización previa. La cobertura incluye, con autorización previa:
  - Una evaluación integral de baja visión cada cinco (5) años
  - Gafas, lupas y telescopios de alta potencia médicamente necesarios; y
  - cuidado de seguimiento

Tenga en cuenta: la cirugía correctiva con láser no está cubierta.

**Planificación familiar:** Molina cubre los servicios de planificación familiar, que incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. Los servicios de planificación familiar incluyen los siguientes;

- Diagnóstico y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD, en inglés) si se indican médicamente.
- Suministros anticonceptivos recetados, que incluye suministros anticonceptivos de emergencia cuando los obtiene un farmacéutico proveedor participante o un proveedor no participante en caso de una emergencia.
- Cuidado de seguimiento por cualquier problema que pueda tener el miembro al usar métodos anticonceptivos provistos por los proveedores de planificación familiar.
- Análisis de laboratorio, si se indican médicamente, como parte del proceso de decisión de los métodos anticonceptivos entre los que puede elegir el miembro.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento.
- Exámenes preventivos, pruebas y asesoramiento de personas en riesgo para el HIV y remisiones para el tratamiento.
- Servicios de esterilización voluntaria, incluidas ligaduras de trompas (para mujeres) y vasectomías (para hombres).
- Cualquier otra consulta, examen, procedimiento y servicio médico ambulatorio que sea necesario para prescribir, administrar, mantener o retirar un anticonceptivo.

**Interrupción del embarazo:** Molina cubre los servicios de interrupción del embarazo según lo exige la Ley de Atención Médica Asequible y cualquier ley aplicable en el estado de Washington sin costos compartidos para miembros. Los servicios de interrupción del embarazo son procedimientos basados en el consultorio y no requieren autorización previa. Si los servicios de interrupción del embarazo se proveen en un entorno de pacientes hospitalizados o ambulatorios, se requiere autorización previa.

**Pruebas de laboratorio, radiología (rayos X) y servicios de escaneo especializados:**

Molina cubre servicios de laboratorio, radiología (incluidos rayos X) y escaneo con un proveedor participante. Los servicios de exploración cubiertos pueden incluir exploraciones por tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones y resonancia magnética, con autorización previa. Molina puede ayudar a los miembros a seleccionar un centro apropiado para recibir estos servicios. La cobertura limitada para las radiografías dentales y las relacionadas con la ortodoncia, que son médicamente necesarias, se detalla en la sección “Servicios dentales y de ortodoncia” de este Acuerdo. Molina cubre pruebas de laboratorio para ayudar a los miembros a decidir qué método anticonceptivo utilizar. Molina cubre sangre, hemoderivados y almacenamiento de sangre, incluidos los servicios y suministros de un banco de sangre.

**Servicios hospitalarios para pacientes internados:** Los miembros deben tener una autorización previa antes de recibir servicios hospitalarios cubiertos, excepto en el caso de servicios de emergencia y servicios de emergencia de salud conductual. Los servicios recibidos en un hospital de un proveedor no participante después de la admisión al hospital para servicios de emergencia o servicios de emergencia de salud conductual estarán cubiertos sin autorización previa, siempre que la cobertura del miembro con Molina no haya terminado y los servicios sean servicios cubiertos. Molina puede trabajar con el miembro y su proveedor para proporcionar transporte médicamente apropiado a un centro de proveedor participante. Si la cobertura de Molina termina durante una estadía en el hospital, los servicios que el miembro reciba después de la fecha de terminación de la cobertura no son servicios cubiertos.

Los servicios para pacientes internados médicamente necesarios son generalmente y habitualmente proporcionados por hospitales generales de cuidados intensivos dentro de nuestra área de servicio. Los servicios no cubiertos incluyen, entre otros, enfermería privada, bandejas para invitados y artículos de conveniencia para el paciente.

**Tratamiento de afirmación de género:** Molina cubre el tratamiento de afirmación de género que sea médicamente necesario y recetado de acuerdo con los estándares de atención aceptados. Para obtener información adicional sobre la cobertura y las limitaciones del Tratamiento de afirmación de género, consulte nuestras Políticas de Interpretación de Beneficios disponibles en <https://www.molinamarketplace.com/marketplace/wa/en-us/Providers/Policias/benefit-interpretation-policies>.

**Cirugía (pacientes hospitalizados y ambulatorios):** Molina cubre los servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se enumeran a continuación cuando se brindan en un centro de proveedor participante. Se requiere autorización previa.

Los servicios quirúrgicos para pacientes internados incluyen lo siguiente:

- Anestesia.
- Medicamentos antineoplásicos.
- Planificación del alta.
- Quirófano y habitación de recuperación.

La cirugía ambulatoria incluye servicios profesionales, anestesia, insumos quirúrgicos. Estos servicios se pueden proporcionar en cualquiera de los siguientes lugares para pacientes ambulatorios:

- Centro de cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios.
- Quirófano del hospital.
- Clínica.
- Consultorio del médico.

Consulte el Programa de Beneficios a fin de conocer los servicios de atención médica ambulatoria en un hospital/centro o los servicios hospitalarios para pacientes internados a fin de determinar el costo compartido aplicable del miembro.

**Servicios de salud mental (pacientes hospitalizados y ambulatorios):** Molina cubre servicios de salud mental cuando los proporcionan proveedores participantes y centros que brindan atención dentro del alcance de su autorización. Molina cubre el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, que incluyen servicios para el tratamiento de la disforia de género. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. El proceso de autorización de revisión simultánea se aplica a todas las admisiones involuntarias. Consulte la sección “Revisión simultánea para pacientes internados” de este Acuerdo para obtener más información.

Un “trastorno mental” es una afección de la salud mental identificada en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, edición actual, Revisión de texto (DSM, en inglés). Los tratamientos para los trastornos mentales cubiertos en virtud de este Acuerdo pueden incluir enfermedades mentales graves de una persona de cualquier edad. Entre las enfermedades mentales graves se encuentran los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníacodepresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Molina cubre los siguientes servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cuando los brindan proveedores participantes que sean médicos u otros profesionales que actúen dentro del alcance de su licencia y estén calificados para tratar enfermedades mentales:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual, familiar y en grupo
- Pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un trastorno mental (definido anteriormente)
- Servicios ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos

- Tratamiento de salud mental médicamente necesario ordenado por el tribunal
- Servicios prestados en virtud de procedimientos de internación contra su voluntad
- Servicios de atención a la salud en el hogar cuando son proporcionados por proveedores calificados y sujetos a las limitaciones de los servicios de atención a la salud en el hogar
- Tratamiento de salud mental para los códigos de diagnóstico F65.0 a F65.4, F65.50 a F65.52, F65.81, F65.89, F65.9 y F66 en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales ( DSM), o para diagnósticos de “código V”, incluidos servicios médicamente necesarios para problemas de relación entre padres e hijos para niños de cinco años o menos, negligencia o abuso de un niño para niños de cinco años o menos, duelo para niños de cinco años edad o menos, y disforia de género de acuerdo con la ley del estado de Washington.

Molina cubre servicios de emergencia de salud conductual en un centro autorizado de estabilización de crisis, evaluación y tratamiento que puede proporcionar evaluación y tratamiento de emergencia, servicios de crisis para pacientes ambulatorios o una agencia de servicios de gestión de abstinencia certificada por el estado, un centro de clasificación o un equipo móvil de crisis de respuesta rápida. Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios no incluyen terapia ni asesoramiento sobre carrera, matrimonio, divorcio, paternidad o trabajo. Molina no cubre servicios para afecciones que el DSM identifica como algo distinto a un trastorno mental.

Molina cubre los servicios de salud mental prestados en diversos entornos, que incluyen los siguientes:

- Atención durante hospitalización.
- Estabilización de crisis
- Servicios de tratamiento residencial a corto plazo
- Programas de hospitalización parcial por salud mental
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios para adultos y de tratamiento durante el día para niños
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Procedimientos de salud conductual
- Terapia psicológica individual y grupal

**Trastorno por consumo de sustancias (Pacientes hospitalizados y ambulatorios):** Molina cubre el tratamiento médicamente necesario del trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados y ambulatorios. La cobertura para pacientes hospitalizados, en un hospital proveedor participante, solo está cubierta para la gestión médica de los servicios de gestión de abstinencia. Molina puede requerir autorización para la cobertura de servicios, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados y ciertos servicios para pacientes ambulatorios. Molina cubre la siguiente atención médica ambulatoria para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- Programas de tratamiento diario
- Programas residenciales a corto plazo
- Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por consumo de sustancias
- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por consumo de sustancias
- Programas ambulatorios intensivos
- Tratamiento médico para síntomas de abstinencia
- Tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés)
- Programas para tratamiento con opioides (OTP, en inglés).

El tratamiento por consumo de sustancias está cubierto en un entorno de recuperación residencial no médico de transición cuando Molina lo aprueba por escrito. Estos centros

proporcionan servicios de asesoramiento y apoyo en un entorno estructurado. Los servicios de recuperación no médica de transición para pacientes residentes no incluyen el tratamiento o el asesoramiento para cualquiera de los siguientes asuntos: carrera, matrimonio, divorcio, padres, comportamiento, trabajo, tratamientos o pruebas relacionados con el trastorno del espectro autista, los trastornos del aprendizaje o la discapacidad intelectual.

No se requiere autorización previa para la admisión a un centro de salud conductual autorizado/certificado que brinde servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias para pacientes internados o residenciales. Sin embargo, esto no niega el deber del centro de notificar la admisión (debe ocurrir dentro de las veinticuatro (24) horas) y de presentar oportunamente la evaluación inicial y el plan de tratamiento. Molina llevará a cabo una revisión de utilización por necesidad médica en una estadía continua después de tres (3) días en un centro de salud conductual que brinde servicios de gestión de abstinencia, o dos (2) días hábiles (excluyendo fines de semana y feriados) en un centro de salud conductual que proporciona servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias.

Si el centro de salud conductual no está en la red de proveedores de Molina (pero está en el estado de Washington), Molina reembolsará al centro de proveedor no participante la tarifa de proveedor participante de Molina por dichos servicios, según los plazos indicados anteriormente. El tratamiento brindado en centros fuera del estado aún debe someterse a una autorización previa. Nota: los proveedores de salud conductual no participantes, si se utiliza uno, no pueden facturar el saldo al miembro.

**Centro de enfermería especializada:** Molina cubre sesenta (60) días por año del plan en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) para un miembro si el SNF es un proveedor participante y los servicios cuentan con autorización previa antes de comenzar. Entre los servicios de SNF cubiertos, se incluyen los siguientes:

- Habitación y pensión
- Servicios médicos y de enfermería
- Medicamentos e inyecciones.

**Servicios paliativos (límite de catorce (14) días):** Molina cubre los servicios de los centros de cuidado paliativo para los miembros con enfermedades terminales (con una esperanza de vida de 12 meses o menos). Los miembros pueden elegir el cuidado del centro de atención médica para pacientes terminales en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por este plan. Molina cubre servicios de cuidados paliativos en el hogar y una habitación semiprivada en un centro de cuidados paliativos. Molina también cubre atención de relevo de hasta 14 días de por vida, que se puede brindar como paciente internado en un hospital o centro de enfermería especializada.

**Atención a largo plazo (después de la hospitalización):** Molina cubre hasta 60 días de atención médicamente necesaria en un centro de atención a largo plazo después de la hospitalización si el miembro residía en ese centro de atención médica a largo plazo inmediatamente antes de la hospitalización y se cumplen todas las siguientes condiciones:

- El proveedor de atención primaria del miembro determina que las necesidades de atención médica se pueden satisfacer en el centro solicitado. El centro solicitado tiene todas las licencias y certificaciones aplicables y no se encuentra bajo una orden de detención de colocación que impide su readmisión.
- El centro solicitado acepta aceptar el pago por los servicios cubiertos a la tarifa que Molina paga a centros similares que son proveedores participantes.
- El centro solicitado acepta cumplir con los estándares, términos y condiciones que Molina requiere para centros similares que son proveedores participantes para (i) revisión de utilización, control de calidad y revisión por pares; y (ii) procedimientos administrativos y de gestión, incluidos datos e informes financieros.

Un “Centro de atención a largo plazo” o “Centro” a los fines de este beneficio es un centro de enfermería autorizado en virtud del Capítulo 18.51 del Código Revisado de Washington, una comunidad de jubilación de atención continua definida en la Sección 70.38.025 del Código Revisado de Washington, o un establecimiento de vida asistida autorizado en virtud del Capítulo 18.20 del Código Revisado de Washington.

El miembro o su representante autorizado debe obtener autorización previa para estos servicios. Se aplicará el costo compartido del coseguro de servicios de instalaciones/hospital para pacientes internados.

**Alternativa a la hospitalización o a la atención de pacientes hospitalizados:** En la medida en que lo exija la ley estatal, la atención médica en el hogar brindada por agencias de salud en el hogar, cuidados paliativos y atención domiciliaria debidamente autorizadas (incluida la atención de enfermería especializada) cubiertas por este Acuerdo puede sustituirse como una alternativa a la hospitalización o la atención en el hospital si la hospitalización o la atención en el hospital es médicamente necesaria, tal atención médica en el hogar:

- se puede proporcionar a un costo igual o menor.
- Es el entorno más apropiado y rentable.
- Se sustituye con el consentimiento del miembro y por la recomendación del proveedor que le atiende o del proveedor de atención médica autorizado de que esa atención cumplirá adecuadamente con las necesidades del miembro.

La decisión de sustituir servicios menos costosos o menos intensivos se tomará en base a las necesidades médicas del miembro. Molina puede requerir un plan de tratamiento escrito que haya sido aprobado por el médico que asiste miembro. La cobertura de atención médica en el hogar sustituida se limita a los beneficios máximos disponibles para la atención hospitalaria u otra atención para pacientes hospitalizados en virtud de este Acuerdo, y está sujeta a cualquier costo compartido y limitaciones aplicables en virtud de este Acuerdo. Los gastos pueden incluir cobertura de equipo médico duradero que permita al miembro permanecer en un entorno menos costoso o menos restrictivo.

**Ensayos clínicos aprobados:** Molina cubre los costos de atención médica de rutina al paciente para los miembros calificados que participan en ensayos clínicos aprobados para el cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal. Una enfermedad o una afección potencialmente mortal es aquella con una alta probabilidad de muerte, a menos que se interrumpa el curso de dicha enfermedad o afección. Nunca se inscribirá a un miembro en un ensayo clínico sin su consentimiento.

Para calificar para la cobertura, a un miembro inscrito se le debe diagnosticar cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal, ser aceptado en un ensayo clínico aprobado (como se define a continuación) y haber recibido autorización previa o aprobación de Molina. Un ensayo clínico aprobado es uno que se encuentra en fase I, fase II, fase III o fase IV, que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal y que cumple con una de las siguientes declaraciones:

1. Uno o más de los siguientes organismos aprueba o financia el estudio: los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Energía de los Estados Unidos o un organismo no gubernamental de investigación calificado e identificado en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros, o
2. El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una nueva aplicación de medicamentos en investigación revisada por la FDA.

3. El estudio o investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de tener tal aplicación de nuevos medicamentos en investigación.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. Si un miembro califica, Molina no puede denegarle la participación en un ensayo clínico aprobado. Molina no puede denegar, limitar o poner condiciones en la cobertura de los costos de rutina del paciente asociados a su participación en un ensayo clínico aprobado para el que el miembro califica. No se le negará ningún servicio cubierto ni se excluirá a ningún miembro bajo este Acuerdo por su estado de salud o su participación en un ensayo clínico. El costo de los medicamentos utilizados en el manejo clínico directo del miembro estará cubierto a menos que el ensayo clínico aprobado sea para la investigación de ese medicamento o que el medicamento sea proporcionado gratuitamente a los miembros en el ensayo clínico.

Molina no tiene la obligación de cubrir ciertos elementos y servicios que no son costos rutinarios para el paciente, según lo determina la Ley de Atención Médica Asequible, incluso si el miembro incurre en estos costos mientras participa en un ensayo clínico aprobado. Los costos excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo incluyen: El artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí, artículos y servicios únicamente para fines de recopilación y análisis de datos y no para el manejo clínico directo del paciente, y cualquier servicio que no sea consistente con el estándar de atención establecido para el diagnóstico del paciente.

Todas las aprobaciones y requisitos de autorización previa que se aplican a la atención de rutina para los miembros que no están en un ensayo clínico aprobado también se aplican a la atención de rutina para los miembros en ensayos clínicos aprobados. En el caso de los servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico aprobado, el costo compartido se aplicará igual que si el servicio no estuviera específicamente relacionado con un ensayo clínico aprobado. Los miembros pagarán el costo compartido que pagarían si los servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico. Los miembros deben comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina para obtener más información.

**Servicios para el trastorno del espectro autista (ASD):** Molina cubre el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del espectro autista (ASD, en inglés), entre los que se incluyen el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, como se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico. Molina cubre el tratamiento médicamente necesario para los trastornos del espectro autista, incluido el análisis conductual aplicado (ABA, en inglés), recetado o indicado por un proveedor.

**Tratamiento contra el cáncer:** Molina brinda cobertura para la prevención, la detección, el tratamiento y la atención de los pacientes con cáncer, que incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Pruebas y exámenes preventivos de cáncer (consulte la sección Servicios médicos preventivos de este Acuerdo para obtener más información).
- Servicios de mamografía, incluidos exámenes de mama de diagnóstico y exámenes de mama complementarios (sin costo compartido para miembros)
  - Examen de diagnóstico de mama significa un examen de mama médicamente necesario y apropiado, incluido un examen mediante mamografía de diagnóstico, tomosíntesis digital de mama, también llamada mamografía tridimensional, imágenes por resonancia magnética de mama o ultrasonido de mama, que se utiliza para evaluar una anomalía observada o sospechada de un examen de detección de cáncer de mama; o detectado por otro tipo de examen.
  - Examen complementario de mama significa un examen de mama médicamente necesario y apropiado, incluido un examen que utiliza imágenes por resonancia

magnética de mama o ultrasonido de mama, que se utiliza para detectar cáncer de mama cuando no se observa ni se sospecha ninguna anomalía y se basa en el historial médico personal o familiar, o factores adicionales que pueden aumentar el riesgo individual de cáncer de mama.

- Examen colorrectal para todos los adultos de cuarenta y cinco (45) años o más, o examen colorrectal para miembros menores de cincuenta (50) años y con riesgo alto o muy alto de tener cáncer colorrectal. Molina no impone costos compartidos para los siguientes servicios que son integrales para realizar la colonoscopia:
  - Consulta especializada requerida antes del procedimiento de detección.
  - Medicamentos para la preparación intestinal recetados para el procedimiento de detección.
  - Servicios de anestesia realizados en relación con una colonoscopia preventiva.
  - Extirpación de pólipos realizada durante el procedimiento de detección.
  - Cualquier examen de patología en una biopsia de pólipo realizada como parte del procedimiento de detección.
  - Por lo tanto, se requiere que una colonoscopia después de una prueba de detección positiva no invasiva basada en heces o una prueba de detección de visualización directa esté cubierta sin costo compartido.
- La evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con fluoruro y las extracciones necesarias a fin de preparar la mandíbula del miembro para la radioterapia contra el cáncer y otras enfermedades neoplásicas en la cabeza o el cuello.
- Las mastectomías (extirpación de las mamas) y las disecciones de los ganglios linfáticos para el tratamiento contra el cáncer de mama.
- Los servicios relacionados con la mastectomía (consulte las secciones “Cirugía reconstructiva” y “Dispositivos protésicos y ortóticos” de este Acuerdo para obtener más información).
- Costos de atención de pacientes de rutina para los miembros que participan en un Ensayo clínico aprobado para el cáncer (consulte la sección “Ensayos clínicos aprobados” de este Acuerdo para obtener más información).
- Medicamentos recetados para tratar el cáncer (consulte la sección Medicamentos recetados de este Acuerdo para obtener más información)
- Los servicios de pruebas de biomarcadores, cuando los receta un proveedor participante, no están sujetos a requisitos de autorización previa para miembros con cáncer en etapa 3 o 4 o para miembros con cáncer recurrente, en recaída, refractario o metastásico.

**Cirugía reconstructiva:** Molina cubre los siguientes servicios de cirugía reconstructiva cuando estos cuentan con una autorización previa:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades tales que la cirugía sea necesaria para mejorar la función, incluso para los miembros recién nacidos.
- Extirpación de toda una mama o parte de ella (mastectomía), reconstrucción de la mama después de una mastectomía médicamente necesaria, cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica después de la reconstrucción de una mama y tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

Los siguientes servicios de cirugía reconstructiva no están cubiertos:

- Cirugía que, a juicio de un proveedor participante especializado en cirugía reconstructiva, ofrece solo una mejora mínima en la apariencia.
- Cirugía que se realiza para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia.

**Servicios de trasplante:** Molina cubre trasplantes de órganos, incluidos órganos artificiales, tejido o médula ósea, sin período de espera, en centros de proveedores participantes cuando se obtiene autorización previa. Si un proveedor participante determina que un miembro no cumple con sus criterios correspondientes para un trasplante, Molina solo cubrirá los servicios que el miembro haya recibido antes de realizar la determinación. Molina no es responsable de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea. De acuerdo con las pautas de Molina sobre los servicios para donantes vivos de trasplante, Molina proporciona ciertos servicios relacionados con las donaciones a un donante o a un individuo identificado como un donante potencial, ya sea que el donante sea un miembro o no lo sea. Estos servicios deben tener una relación directa con un trasplante cubierto para el miembro. Los servicios cubiertos pueden incluir ciertos servicios para la evaluación, la extirpación del órgano, el cuidado de seguimiento directo, la recolección del órgano, tejido o médula ósea, y el tratamiento de complicaciones. Los miembros serán responsables del costo compartido profesional y del centro aplicable para estos servicios cubiertos según su plan. Las pautas de Molina para los servicios del donante se encuentran disponibles mediante una llamada al Centro de Apoyo al Cliente.

Molina puede reembolsar servicios de viaje limitados relacionados con trasplantes, sujeto a autorización previa. Cobertura para miembros que deben viajar más de sesenta (60) millas desde su residencia para recibir servicios de trasplante cubiertos incluirá un límite de viáticos para alojamiento con un reembolso de millas a la tarifa del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) para millas médicas. Los miembros deben comunicarse con Centro de Apoyo al Cliente si tienen preguntas sobre la cobertura. No se aplica ningún costo compartido a estos servicios de viaje limitados cubiertos relacionados con trasplantes identificados.

Molina proporciona o paga servicios relacionados con donaciones para donantes reales o potenciales (sean o no miembros) de acuerdo con las pautas de Molina para servicios a donantes sin costo alguno.

**Servicios de infertilidad:** Molina cubre los servicios de diagnóstico de infertilidad. Molina no cubre los servicios y suministros para la infertilidad, incluidas la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, en inglés), semen y óvulos (y servicios relacionados con su adquisición y almacenamiento), fertilización in vitro (FIV) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, en inglés).

**Servicios de atención médica para mujeres:** De acuerdo con la ley estatal, Molina cubre los servicios de atención médica para mujeres médicamente necesarios para todos los miembros, incluida la atención de maternidad, los servicios de salud reproductiva, la atención ginecológica, los exámenes generales y las visitas de servicios preventivos para estos servicios de proveedores que ejercen dentro del ámbito legal de la práctica. Para referencia, entre los proveedores que ejercen dentro del ámbito legal de la práctica de estos servicios se incluyen, entre otros, Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), asistentes médicos, parteras y enfermeras especializadas registradas avanzadas. Molina no excluye ni limita el acceso a los servicios cubiertos de atención médica para mujeres, ofrecidos por un tipo particular de proveedor participante o centro contratado de atención médica para mujeres de una manera que restringiría injustificadamente el acceso a ese tipo de proveedor participante, centro contratado o servicio cubierto.

## MEDICAMENTOS RECETADOS

**Fármacos, medicamentos y equipo médico duradero:** Molina cubre los medicamentos solicitados por proveedores, aprobados por Molina y surtidos a través de farmacias de la red de Molina. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) y medicamentos recetados detallados en el Formulario. Además, Molina cubre medicamentos pedidos o entregados en un centro participante cuando se proporcionan en relación con un servicio cubierto. Es posible que se requiera una autorización previa para que se cubran ciertos medicamentos. Un proveedor legalmente autorizado para escribir recetas médicas, también conocido como Recetador, puede solicitar una autorización previa en nombre de un miembro, y Molina notificará al miembro y al proveedor si la solicitud se aprueba o deniega, según la revisión de la necesidad médica.

**Farmacias:** Molina cubre medicamentos en farmacias minoristas, farmacias especializadas y servicios de farmacia por correo dentro de nuestra red. Es posible que los miembros deban surtir un medicamento en una farmacia especializada contratada si está sujeto a las restricciones de distribución de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés), si requiere manejo especial o coordinación de proveedores o si se requiere una educación especializada del paciente para garantizar un uso seguro y eficaz. Para encontrar farmacias de la red, visite el sitio web de Molina Marketplace. También puede obtener una copia impresa solicitándola en el Centro de Apoyo al Cliente.

**Formulario de Molina:** Molina establece una lista de medicamentos, dispositivos y suministros que se cubren mediante el beneficio de farmacia del Plan. La lista de productos cubiertos se denomina "Formulario". La lista muestra todos los productos recetados y de venta libre que los miembros del plan pueden obtener en una farmacia, junto con los requisitos, limitaciones o restricciones de cobertura de los productos enumerados. El Formulario está disponible para los miembros, los posibles inscritos, el estado, Exchange, el HHS y la Oficina de Administración de Personal de los EE. UU., y el público en general en [MolinaMarketplace.com/WAFormulary2024](https://MolinaMarketplace.com/WAFormulary2024). También se puede solicitar una copia impresa. Un grupo de profesionales médicos que forman parte de Molina, y también externos, seleccionan los productos que se incluyen en el Formulario. Este grupo revisa el Formulario regularmente y realiza cambios cada tres meses, en función de las actualizaciones de la práctica médica basada en la evidencia, la tecnología médica y los medicamentos genéricos y de marca registrados nuevos en el mercado.

**Acceso a medicamentos no incluidos en el formulario:** Molina tiene un proceso que permite a los miembros solicitar cobertura de medicamentos clínicamente apropiados que no están en el formulario o tienen requisitos de "fail first" (terapia escalonada) u otros requisitos que no se han cumplido. Es posible que los medicamentos que no están en el formulario no estén cubiertos por el Plan y pueden costarles a los miembros más que medicamentos similares que están en el formulario si están cubiertos como "excepción", como se describe en las siguientes secciones. Los miembros pueden solicitar la cobertura de medicamentos que no están en el formulario solicitando a su proveedor que presente una solicitud de excepción al formulario. Las solicitudes de cobertura de medicamentos que están fuera del Formulario se considerarán para un uso médicamente aceptado cuando no se puedan usar las opciones incluidas en el Formulario y se cumplan otros requisitos de cobertura. La respuesta de un afiliado a las muestras de medicamentos de un proveedor o fabricante de medicamentos no se considerará una razón para eludir las reglas estándar para la cobertura de medicamentos del plan.

En general, los medicamentos que figuran en el Formulario son medicamentos que los proveedores recetan para que los miembros los obtengan en una farmacia y se los administren ellos mismos. La mayoría de los medicamentos inyectables que requieren la ayuda de un proveedor para su uso están cubiertos por el beneficio médico en lugar del beneficio de farmacia. Los proveedores reciben instrucciones de Molina sobre cómo obtener aprobación

anticipada para los medicamentos que compran y con los que tratan a los miembros. Algunos medicamentos inyectables se pueden aprobar mediante el proceso de excepciones para obtenerlos en una farmacia utilizando el beneficio de farmacia del plan.

**Cómo solicitar una excepción de Formulario:** El proceso para solicitar una excepción de Formulario es el mismo proceso para solicitar autorización previa para medicamentos del formulario que requieren aprobación anticipada para la cobertura. Las solicitudes se revisan según las reglas estándar para determinar la necesidad médica.

Un proveedor puede enviar por fax un formulario completo de **Solicitud de autorización previa/excepción de medicamento** a Molina al 1 (800) 869-7791. El formulario se puede obtener en nuestro sitio web MolinaMarketplace.com en la página de formularios y documentos del proveedor. Los campos del formulario deben completarse para ser aceptado y la solicitud debe incluir toda la información médica para su consideración.

Un miembro que está estabilizado con un medicamento que no está en el formulario puede continuar tomándolo durante el proceso de revisión de la excepción del formulario solicitando un surtido de emergencia. Para solicitar un surtido de emergencia, la farmacia puede llamar al 1 (800) 213-5525, opción 1-2-2. Los ensayos de muestras de medicamentos de un recetador o fabricante de medicamentos no se considerarán tratamiento en curso.

Molina concederá una excepción al formulario si sus revisores determinan que la información de respaldo muestra cualquiera de los siguientes:

- El miembro tiene una contraindicación médica para los medicamentos del formulario o requeridos.
- Los medicamentos requeridos probablemente causarán una reacción adversa clínicamente predecible si el miembro los toma.
- Se espera que el medicamento requerido sea ineficaz según las características clínicas documentadas del miembro.
- El miembro probó el medicamento requerido, un medicamento relacionado o un medicamento que funciona de manera similar y lo suspendió debido a falta de efectividad, pérdida de efecto o evento adverso.
- El miembro está establecido en el medicamento como un tratamiento actual con documentación de un resultado terapéutico positivo y el cambio al medicamento requerido probablemente causará reacciones adversas o daños clínicamente predecibles.
- La información médica de respaldo muestra claramente que los medicamentos requeridos o del formulario no son lo mejor para el miembro, porque es probable que:
  - Presente una barrera para la adherencia al plan de tratamiento, o
  - Afecte negativamente la condición comórbida de un miembro, o
  - Cause una interacción farmacológica negativa clínicamente predecible, o
  - Disminuya la capacidad del miembro para lograr o mantener una capacidad funcional razonable en el desempeño de las actividades diarias.

Después de recibir toda la información necesaria del proveedor del miembro para tomar una decisión, Molina notificará al proveedor tratante del miembro sobre la aprobación o denegación de la solicitud:

- Dentro de las 72 horas para solicitudes estándar, y
- Dentro de las 24 horas para solicitudes urgentes

Las solicitudes de excepción se consideran urgentes cuando un miembro está experimentando una situación de salud que puede poner en peligro grave su vida, su salud, su capacidad para recuperar la función máxima o cuando un miembro está siguiendo un tratamiento en curso con un medicamento que no está en el formulario.

Si se rechaza la solicitud, Molina enviará una carta al miembro y a su médico en la que explicará el motivo por el que se denegó el medicamento o producto. El recetador puede solicitar hablar con los revisores de Molina sobre los motivos de la denegación. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación de la solicitud, el recetador puede apelar la decisión de cobertura de Molina. El recetador también puede solicitar que una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) revise la decisión de cobertura de Molina durante una apelación. La IRO notificará al recetador solicitante sobre la decisión de la IRO a más tardar:

- 72 horas después de recibir una apelación de una solicitud de excepción estándar denegada
- 24 horas después de recibir una apelación sobre una solicitud de excepción urgente denegada

**Costos compartidos:** Molina ubica los medicamentos en diferentes niveles denominados “categorías”, desde medicamentos preventivos hasta medicamentos especializados de marca y genéricos, según su desempeño a la hora de mejorar la salud y su valor en comparación con otros tratamientos similares. En el Programa de Beneficios, se puede consultar el costo compartido del miembro para un suministro de un mes, sobre la base de estas categorías.

A continuación se ofrecen algunos detalles sobre los medicamentos que se encuentran en cada categoría.

<b>Categoría de medicamento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Medicamentos preventivos</b>	Medicamentos y formas de dosificación de servicios médicos preventivos reconocidos a nivel nacional, y medicamentos y dispositivos de planificación familiar (es decir, anticoncepción) con \$0 costo compartido.
<b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	Medicamentos genéricos preferidos: menor costo compartido.
<b>Medicamentos de marca preferidos</b>	Medicamentos de marca preferidos; mayor costo compartido que los medicamentos genéricos preferidos.
<b>Medicamentos genéricos y de marca no preferidos</b>	Medicamentos no preferidos, de marca y genéricos no preferidos; mayor costo compartido que los medicamentos de categoría inferior utilizados para tratar las mismas afecciones.
<b>Medicamentos especializados genéricos y de marca</b>	Medicamentos especializados; de marca y genéricos; medicamentos que requieren un manejo especial, asesoramiento o seguimiento complejos, distribución limitada u otros requisitos de farmacia especiales. Mayor costo compartido que los medicamentos de categoría inferior utilizados para tratar las mismas afecciones, si están disponibles. Según las reglas estatales, Molina puede solicitar a los miembros que utilicen la farmacia de medicamentos especializados de la red.
<b>DME</b>	Se aplica el costo compartido del equipo médico duradero (“DME”, en inglés); algunos productos del formulario, que no son medicamentos, tienen costos compartidos determinados por el coseguro de DME.

**Costo compartido en excepciones de Formulario:** Para los medicamentos u otros productos aprobados en la excepción del Formulario, el miembro tendrá el costo compartido del nivel de medicamentos genéricos y de marca no preferidos para productos no especializados o el costo compartido del nivel de medicamentos genéricos y de marca de marca para productos especializados. Tenga en cuenta que, para los productos de marca que no están en el Formulario y que tienen un producto genérico incluido en el Formulario, si la cobertura se aprueba como excepción, la parte del costo del miembro también incluirá la diferencia de costo entre el medicamento genérico del formulario y el medicamento de marca. El costo compartido de los medicamentos aprobados como excepciones al formulario se acumula para el gasto de bolsillo anual del miembro.

**Centro de atención para el Programa de Medicamentos Requeridos Administrados por el Proveedor:** Para los medicamentos administrados por el proveedor que requieren autorización previa, cuando se cumplen los criterios de cobertura para el medicamento, se utiliza una política de centro de atención para determinar la necesidad médica del centro de atención solicitado. Centro de atención significa el lugar físico de administración de inyección o infusión de un medicamento para una afección especializada. Molina cubre medicamentos inyectables e infundidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en una sala de infusión afiliada a un hospital cuando se determina que el nivel de atención es médicamente necesario. Para revisar la política del centro de atención, visite <https://www.molinamarketplace.com/marketplace/wa/en-us/Providers/Drug-List>.

Molina llevará a cabo debates entre pares u otro tipo de divulgación para evaluar el nivel de atención que es médicamente necesario. Si un centro de atención alternativo es adecuado, Molina ofrecerá ayuda al proveedor que realiza el pedido para identificar un centro de infusión, un consultorio médico o un servicio de infusión en el hogar dentro de la red, y ayudará al miembro a coordinar y hacer la transición a través de la administración de casos.

**Asistencia de costos compartidos de terceros:** El costo compartido pagado por el miembro o en su nombre por un medicamento cubierto se aplicará como si el miembro lo pagara y contará para cualquier deducible aplicable o máximo anual de gastos de bolsillo, según su plan. Esto incluye asistencia de costos compartidos de terceros. Asistencia de costos compartidos de terceros significa tarjetas de descuento, cupones, efectivo u otra ayuda financiera que un miembro puede obtener de una empresa, una persona, una organización benéfica o un programa patrocinado con el fin de pagar el costo compartido de un medicamento que Molina cubre por el miembro. No se aplicarán los montos que el miembro paga o recibe en su nombre por un medicamento que Molina no cubre o para el cual se le ha negado la cobertura.

**Medicamentos, productos y suplementos de venta libre:** Molina cubre medicamentos y suplementos de venta libre de acuerdo con las leyes estatales y federales. Solo se pueden cubrir los medicamentos, suministros y suplementos de venta libre que aparecen en el Formulario.

**Medicamentos y dispositivos anticonceptivos:** Molina brinda cobertura, sin costos compartidos y sin necesidad de receta médica, para todos los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de venta libre (OTC) aprobados por la FDA, incluidos condones, independientemente del género u orientación sexual de la persona cubierta, o de si se utilizan para la anticoncepción o exclusivamente para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Si un miembro ha pagado por anticonceptivos de venta libre, anticonceptivos de emergencia o condones incluidos en el formulario, Molina le reembolsará al miembro. El miembro debe enviar por correo una solicitud de reembolso con su recibo utilizando el "Formulario de reclamación de reembolso de medicamentos recetados". Este formulario está disponible en [MolinaMarketplace.com](https://www.molinamarketplace.com) en "Formularios y documentos" para miembros. Tenga en cuenta que si compra productos anticonceptivos de venta libre o utiliza una farmacia fuera de la red, Molina le

reembolsará hasta el monto permitido que pagamos a las farmacias de la red por el mismo producto, si está cubierto. Para ello, el miembro debe presentar su reclamación de reembolso dentro de los (doce) 12 meses posteriores a la fecha en la que realizó el pago.

Molina no limita los cambios en el método anticonceptivo de un miembro. Además, Molina no impone ningún período de espera, ni restricciones o demoras, como técnicas de gestión médica, que limiten la elección de un miembro para acceder a la gama completa de medicamentos, dispositivos u otros productos anticonceptivos que han sido aprobados por la FDA.

Se proporciona cobertura para un resurtido de 12 meses de todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA que el miembro obtiene al mismo tiempo. Los miembros pueden obtener medicamentos anticonceptivos en el consultorio del proveedor, si están disponibles.

**Equipo médico duradero (DME):** La cobertura puede estar bajo el beneficio médico o de farmacia, según el tipo de DME. Molina cubrirá los costos de alquiler o compra de DME para su uso con ciertos medicamentos cuando se obtengan a través de un proveedor contratado. Molina también cubrirá los impuestos razonables sobre las ventas, las reparaciones, el mantenimiento, la entrega y los suministros relacionados para el DME. Los miembros pueden ser responsables de los costos de la reparación o sustitución necesarias del DME si se requieren debido a un mal uso o pérdida. Es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura del DME. Consulte el Formulario para conocer los DME y otros productos no farmacológicos cubiertos por el beneficio de farmacia. Visite [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com) o comuníquese con Apoyo al Cliente para obtener más información sobre la cobertura.

**Suministros para diabéticos:** Molina cubre suministros para diabéticos en el Formulario, como jeringas de insulina, lancetas y dispositivos de lanceta para punción, monitores de glucosa en la sangre, DME de monitoreo continuo de glucosa, tiras de prueba de glucosa en la sangre, tiras de prueba de orina y sistemas seleccionados de plumas para la administración de insulina. El costo compartido del miembro para los medicamentos de insulina cubiertos no está sujeto a deducible y está limitado a \$35 por suministro del medicamento para treinta días.

**Medicamentos recetados para dejar de fumar:** Molina cubre un suministro de medicamentos para tres meses para ayudar a los miembros a dejar de fumar, sin costo compartido. Los miembros deben consultar a su proveedor a fin de determinar qué medicamento es el apropiado para ellos. Los medicamentos cubiertos se mencionan en el Formulario.

**Límite de suministro diario:** Aunque los proveedores determinan la cantidad de medicamentos, suministros de productos o suplementos a recetar, Molina solo puede cubrir un mes de suministro a la vez para determinados productos. El Formulario indica "CORREO" para los artículos que pueden estar cubiertos con un suministro de tres meses a través de una farmacia de pedidos por correo contratada u otros programas del Plan. Las cantidades que superan los límites de suministro diario del Formulario no están cubiertas, con pocas excepciones.

**Prorrateso y sincronización:** Molina proporciona un prorrateso del medicamento para un suministro parcial de un medicamento recetado si la farmacia del miembro notifica a Molina que la cantidad dispensada tiene el objetivo de sincronizar las fechas en que la farmacia entrega los medicamentos recetados, que la sincronización es lo más conveniente para el miembro y que este último está de acuerdo con la sincronización. El prorrateso descrito se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento dispensado.

Además, los procedimientos de farmacia de Molina le permitirán, sin consultar a un médico, sin receta o resurtido de un médico, proporcionar un resurtido anticipado de una receta de productos oftálmicos tópicos si se cumplen todos los siguientes criterios:

(1) el paciente solicita la reposición en o después del setenta por ciento de los días de uso previstos de:

(a) La fecha en la que la prescripción original se dispensó al paciente; o

(b) La fecha en que se dispensó al paciente la última reposición de la prescripción;

(2) El recetador indica en la receta original que se necesitará un número específico de reposiciones; y

(3) La reposición no excede el número de reposiciones que el prescriptor indicó bajo la subsección (2) de esta sección.

**Analgésicos opioides para el dolor crónico:** Es posible que se requiera una autorización previa para la cobertura de farmacia de medicamentos con opioides para tratar el dolor crónico. Sin una autorización previa, los miembros pueden verse limitados a la cobertura de un suministro más corto por surtido y estar sujetos a restricciones sobre los medicamentos opioides de acción prolongada y las dosis diarias totales combinadas. Estos requisitos no se aplican a los Miembros en las siguientes circunstancias: Los analgésicos con opioides se recetan a un Miembro que es paciente en un centro de cuidado paliativo, al Miembro diagnosticado con una enfermedad terminal o al Miembro en tratamiento activo contra el cáncer. Molina realizará una revisión del uso para todas las solicitudes de Autorización previa de opioides.

**Medicamentos para tratar el cáncer:** Molina cubre los costos razonables de medicamentos contra el cáncer y su administración. Las solicitudes de autorización previa para medicamentos que se utilizarán fuera de la etiqueta de la FDA (es decir, usos no indicados en la etiqueta) se revisan según su necesidad médica. Estas solicitudes se revisan con respecto a las recomendaciones estándar para el uso del medicamento y para el tipo de cáncer que se está tratando. No se rechaza ninguna solicitud basándose únicamente en el uso fuera del uso de la etiqueta que no corresponde a la FDA. Los medicamentos con los que los proveedores tratan a los miembros estarán sujetos al costo compartido especificado para la quimioterapia, según el beneficio médico del sitio donde se administra el tratamiento. Los medicamentos que los miembros reciben en las farmacias estarán sujetos al costo compartido especificado en el beneficio de farmacia. Consulte el Programa de Beneficios para conocer el costo compartido aplicable. La mayoría de los nuevos medicamentos contra el cáncer requieren un manejo y educación especiales y se consideran el nivel de medicamentos especializados de marca y genéricos según el beneficio de farmacia. Todos los medicamentos para el cáncer administrados por vía oral se cubrirán de la misma manera y sin un mayor costo compartido que el que se impone para la medicación para el cáncer por vía intravenosa o inyectada. Ciertos medicamentos contra el cáncer están cubiertos por un programa de surtido parcial. Las farmacias de la red pueden dispensar los primeros surtidos de los medicamentos contra el cáncer recién iniciados de medio mes a la vez hasta que los miembros estén estables con el medicamento y la dosis.

**Tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV):** Molina cubre medicamentos recetados para el tratamiento de la infección por HIV o una enfermedad o condición médica que surja o esté relacionada con el HIV. Los medicamentos deben recetarse dentro del alcance de la práctica del Proveedor y los tiene que aprobar la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, incluidos los medicamentos experimentales o de investigación en Fase III, aprobados por la FDA y administrados de acuerdo con el protocolo.

**Disponibilidad de pedidos por correo de medicamentos del Formulario:** Molina ofrece a sus miembros una opción de pedido por correo para ciertos medicamentos en los niveles de medicamentos preventivos, medicamentos genéricos preferidos, medicamentos de marca preferidos y medicamentos de marca no preferidos y genéricos. Los medicamentos elegibles están marcados como "CORREO" en el Formulario. Los medicamentos del Formulario se enviarán por correo a un miembro dentro de los 10 días posteriores a la solicitud y aprobación del pedido. Con esta opción, los miembros pueden obtener un suministro de 3 meses de medicamentos elegibles a un menor costo compartido. El costo compartido para un suministro de 3 meses mediante pedido

por correo se aplica a una tasa de dos y media (2.5) veces el costo compartido del suministro de un mes en la categoría del Formulario del medicamento. Los medicamentos de las categorías de medicamentos especializados genéricos y de marca no son elegibles para programas de suministro de 90 días como pedidos por correo, aunque la mayoría de los medicamentos especializados se enviarán directamente al miembro. Consulte MolinaMarketplace.com o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

**Medicamentos no autorizados:** Molina no denegará la cobertura de medicamentos para uso fuera de lo indicado únicamente sobre la base de que el medicamento se utilizará por fuera del uso aprobado por la FDA. Molina cubre medicamentos para uso fuera de lo indicado para tratar una enfermedad cubierta crónica, incapacitante o que ponga en riesgo la vida. El medicamento debe tener la aprobación de la FDA para, al menos, una indicación. El uso se debe reconocer como estándar y eficaz para el tratamiento indicado en cualquiera de las comparaciones de referencia de medicamentos estándar o en la documentación médica revisada por pares sustancialmente aceptada. Es posible que Molina requiera que se hayan probado otros tratamientos estándares o que se haya determinado que estos no son clínicamente apropiados, si se permite según la ley estatal. La solicitud de medicamentos para uso fuera de lo indicado debe demostrar la Necesidad médica para tratar una afección cubierta cuando se requiere una Autorización previa.

**Medicamentos no cubiertos:** Molina no cubre ciertos medicamentos, que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Medicamentos no aprobados o autorizados por la FDA para su uso en Estados Unidos
- Medicamentos de venta libre que no están en el formulario
- Medicamentos propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI, en inglés)
- Medicamentos experimentales o en investigación.

Molina no cubre medicamentos para tratar condiciones que son exclusiones de beneficios, entre las que se incluyen los siguientes:

- Medicamentos cosméticos (esto no incluye medicamentos que puedan ser necesarios para el tratamiento de afirmación de género)
- Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello.
- Infertilidad (aparte del tratamiento de la causa subyacente de la infertilidad)
- Disfunción eréctil.
- Disfunción sexual.
- Terapia genética, terapia celular y terapia genética basada en células.
- Tratamientos homeopáticos y complementos nutricionales.
- Medicamentos propuestos poco eficaces identificados por el programa de Implementación del Estudio de Eficacia de los Medicamentos (DESI)
- Medicamentos para bajar de peso o medicamentos para la diabetes cuando se usan fuera de lo indicado para perder peso en lugar de tratar la diabetes

**Surtido de emergencia:** El surtido de emergencia es una cantidad de medicamento dispensada a corto plazo que da tiempo para procesar una solicitud de autorización previa. Solo se aprobará y pagará la dosis de surtido de emergencia del medicamento.

Los surtidos de emergencia pueden ser apropiados en circunstancias en las que un miembro se presenta en una farmacia dentro de la red con una “necesidad terapéutica urgente” de un medicamento recetado que requiere una autorización previa debido al formulario u otras restricciones de gestión de utilización. Una farmacia dentro de la red puede realizar una anulación única para brindarle al miembro un surtido de emergencia sin autorización previa si:

- La farmacia dentro de la red no puede comunicarse por teléfono con el departamento de autorización previa de Molina porque está fuera del horario de atención de Molina.
- Molina está disponible para responder por teléfono a la farmacia dispensadora con respecto al beneficio, pero Molina no puede comunicarse con el proveedor que prescribe al miembro para una consulta completa.
- Un miembro tiene una necesidad terapéutica urgente; donde un paso de tiempo (es decir, el plazo requerido para una revisión urgente) sin tratamiento resultaría en atención de emergencia inminente, ingreso hospitalario o podría poner en grave peligro la vida o la salud del miembro u otras personas en contacto con el miembro.

La dosis del surtido de emergencia debe ser del tamaño mínimo del embalaje que no se puede romper (por ejemplo, inyectable), o el menor de un suministro de 7 días o la cantidad según lo prescrito. En caso de que el medicamento deba continuar con el tratamiento más allá de la autorización de surtido de emergencia, Molina puede aplicar restricciones de administración de utilización o formulario que se revisarán siguiendo el procedimiento estándar de Molina.

Los miembros serán responsables de un costo compartido del suministro para 30 días. El costo compartido se basa en el nivel en el que Molina colocó el medicamento. Esto también puede incluir deducibles, coseguros, copagos y cargos similares. Para obtener información sobre los costos compartidos, consulte el Programa de Beneficios.

## **DERECHOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Los miembros tienen derecho a servicios de farmacia seguros y eficaces. Los miembros también tienen derecho a saber qué medicamentos están cubiertos por su plan y los límites que se aplican. Si los miembros tienen alguna pregunta o inquietud sobre sus beneficios de medicamentos recetados, pueden comunicarse con nosotros al 1-(888) 858-3492 o visitar [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com). El personal de atención al cliente de Molina está disponible de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:30 p. m., hora del Pacífico. Los miembros sordos o con problemas de audición pueden llamar al 7-1-1 TTY para personas sordas o con problemas de audición o al número gratuito (800) 735-2989.

Los miembros que deseen saber más sobre sus derechos, o si tienen dudas sobre su plan, pueden comunicarse con la oficina del comisionado de seguros del estado de Washington al 1-800-562-6900 o [www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov). Los miembros que tengan alguna inquietud sobre los farmacéuticos o las farmacias que los atienden, comuníquese con el Departamento de Salud del estado de Washington al 360-236-4700, [www.doh.wa.gov](http://www.doh.wa.gov) o [HSQACSC@doh.wa.gov](mailto:HSQACSC@doh.wa.gov).

**Dispositivos protésicos, ortóticos, implantados internamente y externos:** Molina cubre dispositivos protésicos, ortóticos, implantados internamente y externos aprobados por la FDA. Se requiere autorización previa. Algunos dispositivos que están cubiertos, entre otros:

Dispositivos implantados internamente:

- Implantes cocleares.
- Articulaciones de cadera.
- Lentes intraoculares.
- Dispositivo auditivo oseointegrado.
- Marcapasos.

Dispositivos externos:

- Extremidades artificiales necesarias debido a la pérdida como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.
- Prótesis a medida tras mastectomía
- Dispositivos podológicos para prevenir o tratar las complicaciones relacionados con la diabetes.

La cobertura depende del cumplimiento de todos los siguientes requisitos:

- El dispositivo está en uso general, diseñado para uso repetido y utilizado principal y habitualmente con fines médicos.
- El dispositivo es el estándar que satisface apropiadamente las necesidades médicas del Miembro.
- El Miembro recibe el dispositivo del proveedor que Molina seleccione

La cobertura de dispositivos protésicos y ortóticos incluye servicios para determinar si el Miembro necesita un dispositivo protésico u ortótico, el talle y el ajuste del dispositivo, la reparación o sustitución del dispositivo (excepto en caso de pérdida o mal uso).

Molina no cubre aparatos ortóticos para los pies, bandas craneales y algunos tipos de aparatos ortóticos, incluidos los aparatos ortóticos de venta libre. Sin embargo, se cubren los soportes que estabilizan una parte del cuerpo lesionada y los soportes para tratar la curvatura de la columna vertebral.

**Atención médica en el hogar (hasta 130 visitas al año):** Molina cubre servicios de atención médica en el hogar de forma intermitente y a tiempo parcial para un miembro confinado en su hogar debido a una enfermedad física cuando cuentan con autorización previa y los brinda una agencia de atención médica domiciliaria contratada. Molina cubre los siguientes servicios de atención médica domiciliaria:

- Servicios de atención médica domiciliaria
- Servicios de asistencia médica domiciliaria
- Servicios sociales médicos
- Suministros médicos
- Aparatos médicos necesarios
- Consultas de enfermería y servicios de enfermería especializada de medio tiempo.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria.

Los siguientes servicios de atención médica domiciliaria están cubiertos por este Acuerdo:

- Hasta dos (2) horas por visita para visitas de una enfermera, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla y hasta cuatro (4) horas por visita para un asistente de atención médica en el hogar.
- Hasta ciento treinta 130 visitas por año calendario (contando todas las visitas de atención médica en el hogar)

Los miembros deben recibir una autorización previa para servicios de atención médica en el hogar después de siete (7) visitas. Consulte la sección “Exclusiones” de este Acuerdo para obtener una descripción de las limitaciones de beneficios y las excepciones aplicables.

**Servicios de diálisis:** Molina cubre servicios de diálisis aguda y crónica, incluso en entornos domiciliarios y ambulatorios, cuando los servicios los brinda un proveedor participante.

**Servicios de audición:** Molina no cubre (que no sean dispositivos implantados internamente, como se describe en la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos”). Molina sí cubre los exámenes de audición de rutina que son servicios de atención preventiva sin cargo.

## EXCLUSIONES

Esta sección enumera los artículos y servicios específicos excluidos de la cobertura en virtud de este Acuerdo. Las exclusiones adicionales que se aplican solo a un beneficio en particular se enumeran en la descripción de ese beneficio en la sección “Servicios cubiertos”.

**Inseminación artificial y concepción por medios artificiales:** Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales no tienen cobertura.

**Cirugía bariátrica:** No se cubre la cirugía bariátrica para la pérdida de peso.

**Ciertos exámenes y servicios:** Los siguientes no están cubiertos, a menos que un proveedor participante indique que los servicios son médicamente necesarios.

- Exámenes físicos y otros servicios que son:
  - Requeridos para obtener o mantener empleo o participación en programas de empleados.
  - Requeridos para obtener cobertura médica, seguro de vida o licencia.
  - Requeridos por orden judicial o requeridos para libertad bajo fianza o libertad condicional.

**Servicios cosméticos:** Los servicios destinados principalmente a cambiar o mantener la apariencia del Miembro no tienen cobertura. Esta exclusión no se aplica al tratamiento de afirmación de género médicamente necesario ni a ningún servicio específicamente cubierto en cualquier sección de este Acuerdo.

**Cuidado de custodia:** No está cubierta la ayuda con las actividades de la vida cotidiana. Esta exclusión no se aplica a la asistencia en actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de centro de cuidados paliativos, Centro de enfermería especializada o atención hospitalaria para pacientes internados.

**Dietista:** El servicio de un dietista no es un servicio cubierto, excepto que esté cubierto por los beneficios de asesoramiento nutricional o el beneficio de cuidado paliativo. Consulte el Programa de Beneficios para obtener más información.

**Salud digital y terapias digitales:** Las aplicaciones móviles, el software o los dispositivos de hardware comercializados como terapias digitales para prevenir, controlar o tratar trastornos médicos o afecciones conductuales no están cubiertos. Esto no se aplica a los monitores continuos de glucosa del formulario ni a los dispositivos de bomba de insulina cubiertos, que se consideran equipos médicos duraderos y están sujetos a autorización previa.

**Suministros desechables:** Los suministros desechables para uso doméstico, como vendajes, gasas, esparadrapo, antisépticos, vendajes, vendajes tipo Ace, pañales, protectores interiores y otros suministros para la incontinencia no están cubiertos.

**Medicamentos para la disfunción eréctil:** Molina no cubre medicamentos ni tratamiento para la disfunción eréctil.

**Servicios experimentales o de investigación:** Cualquier servicio médico, incluidos procedimientos, medicamentos, instalaciones y dispositivos que Molina ha determinado que no se ha demostrado como seguro o eficaz en comparación con los servicios médicos convencionales. Al determinar si los servicios son experimentales o de investigación, Molina considerará si los servicios están en uso general en la comunidad médica en el estado de Washington, si los servicios están bajo pruebas científicas e investigaciones continuas, si los servicios muestran un beneficio demostrable para una enfermedad o enfermedad en particular, y si se ha demostrado que son seguros y eficaces.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes:

- Servicios cubiertos por “Ensayos clínicos aprobados” en la sección “Servicios cubiertos” de este Acuerdo.

Consulte la sección “Revisión externa o Apelación” para obtener información sobre la Revisión médica independiente relacionada con solicitudes denegadas de Servicios experimentales o de investigación.

**Terapia genética, terapia celular y terapia genética basada en células:** La terapia genética, la terapia celular y la terapia genética basada en células, incluidos los medicamentos recetados, los procedimientos o los servicios de atención médica relacionados con estas terapias, no están cubiertos. La cobertura de otros servicios de atención médica relacionados con una afección (para la cual estos tipos de tratamientos están disponibles) se realiza de acuerdo con este Acuerdo y la política médica aplicable. Como tal, ciertos servicios pueden estar sujetos a autorización previa.

**Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello:** Los elementos y servicios para la promoción, la prevención u otro tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello no están cubiertos.

**Servicios homeopáticos y holísticos:** No se cubren los servicios no tradicionales, entre los que se incluyen el tratamiento holístico y homeopático, el yoga, el Reiki y la terapia del método Rolfing.

**Cuidados intermedios:** La atención en un centro de cuidados intermedios con licencia no está cubierta. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos por equipo médico duradero, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y cuidados paliativos en las secciones de Servicios cubiertos de este Acuerdo.

**Artículos no relacionados con la salud:** Molina no cubre artículos, suministros y equipos que no sean de atención médica, incluidos los artículos de conveniencia para el paciente.

**Servicios no relacionados con la salud:** Molina no cubre servicios que no son servicios de atención médica, como los que se indican a continuación:

- Enseñanza de modales y etiqueta.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar destrezas de planificación, como puede ser la planificación de actividades diarias, proyectos o tareas.
- Elementos y servicios que aumentan el conocimiento o las destrezas académicas, además de los servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.

- Entrenamiento académico o tutoría para destrezas tales como la gramática, las matemáticas y el manejo del tiempo.
- Enseñanza de la habilidad de leer para Miembros con dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñanza de arte, danza y música, y la destreza de montar a caballo, tocar instrumentos o nadar.
- Enseñanza de destrezas para el empleo o para propósitos vocacionales.
- Formación vocacional o enseñanza de destrezas vocacionales.
- Cursos de desarrollo profesional.
- Entrenamiento para un trabajo específico o asesoramiento de empleo.
- Terapia acuática y otras terapias del agua.
- Exámenes relacionados con el trabajo, el deporte (exámenes físicos deportivos) o el desempeño recreativo.

**Servicios que no son de emergencia recibidos en una sala de emergencias:** Los servicios proporcionados dentro de una sala de emergencia por un Proveedor participante o no participante, que no cumplan la definición de Servicios de emergencia, no están cubiertos.

**Nutrición oral:** No se cubre la nutrición oral para pacientes ambulatorios, como los suplementos dietéticos o nutricionales, las fórmulas especializadas, los suplementos, los suplementos herbarios, las ayudas para la pérdida de peso, las fórmulas y los alimentos. Consulte la sección Fenilcetonuria (PKU) y otros errores congénitos del metabolismo de este documento para conocer las excepciones.

**Servicio de enfermería privado:** Habitualmente, no se cubren los servicios de enfermería proporcionados a un solo paciente en un centro o en un domicilio particular. En general, las enfermeras contratadas de forma independiente proporcionan los servicios privados de enfermería, y no una agencia, como una agencia de atención médica domiciliaria.

**Cuidado residencial:** La atención en un centro en el que un miembro permanece durante la noche no está cubierta; sin embargo, esta exclusión no se aplica si la estadía nocturna es parte de la atención cubierta en cualquiera de los siguientes centros:

- Un hospital.
- Un centro de enfermería especializada.
- Un centro de servicios de cuidado de respiro para pacientes internados cubiertos, de acuerdo con la sección “Servicios de cuidado paliativo”.
- Un centro con licencia que brinda servicios residenciales de crisis cubiertos por la sección de Servicios de salud mental (pacientes internados y ambulatorios), o
- Una instalación autorizada que proporciona servicios de recuperación residencial de transición cubiertos por la sección Trastornos por consumo de sustancias (Pacientes internados y ambulatorios).

**Elementos y servicios para el cuidado rutinario de los pies:** No se cubren los elementos y servicios de cuidado rutinario de los pies, excepto para los Miembros con diabetes.

**Servicios no aprobados por la FDA:** No se cubre ningún medicamento, suplemento, prueba, vacuna, dispositivo, material radioactivo ni cualquier otro servicio que, por ley, requiera la aprobación de la FDA para su venta en los EE. UU. y que no cuente con dicha aprobación. Esta

exclusión se aplica a los servicios prestados en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.; por otra parte, esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos conforme a la sección “Ensayos clínicos aprobados”. Consulte la sección Apelaciones y quejas para obtener información sobre solicitudes denegadas de servicios experimentales o de investigación.

**Servicios prestados fuera del área de servicio:** Excepto como se indica en este Acuerdo, no se cubren los servicios y suministros proporcionados a un miembro fuera del área de Servicio, lugar al que el miembro viajó con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos. Además, tampoco se cubre la atención médica primaria, la atención médica preventiva, la atención primaria, el cuidado especializado y los servicios para pacientes internados cuando se suministran fuera del área de servicio. Cuando la muerte ocurre fuera de los Estados Unidos, no se cubre la evacuación médica ni la repatriación de los restos. Comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente para obtener más información.

**Servicios prestados por personas sin licencia:** No se cubren los servicios realizados por personas que, según la Ley Estatal, no están obligadas a poseer licencias o certificados válidos para proporcionar servicios de atención médica, a menos que este Contrato establezca lo contrario.

**Servicios relacionados con un servicio no cubierto:** Cuando un servicio no está cubierto, todos los servicios relacionados con ese servicio tampoco están cubiertos. Esta exclusión no se aplica a los servicios que Molina cubriría de otra manera para tratar las complicaciones del Servicio no cubierto. Molina cubre todos los servicios médicos básicos Medicamente necesarios para las complicaciones de un Servicio no cubierto. Si, más tarde, un Miembro sufre una complicación potencialmente mortal, como una infección grave, esta exclusión no aplica. Molina cubrirá cualquier servicio que, en otra circunstancia, cubriría para tratar esa complicación.

**Disfunción sexual:** El tratamiento de la disfunción sexual, independientemente de la causa, incluidos, entre otros, los dispositivos, los implantes, los procedimientos quirúrgicos y los medicamentos.

**Sustitución:** Los servicios para cualquier persona en relación con un acuerdo de sustitución no están cubiertos, excepto los servicios cubiertos proporcionados a una Miembro que sea una madre subrogada. Un acuerdo de sustitución es uno en el que una mujer (sustituta) se compromete a quedar embarazada y a entregar al bebé a otra persona o personas que tengan la intención de criar al niño.

**Gastos de viaje y alojamiento:** Los gastos de viaje y alojamiento no están cubiertos. Molina puede pagar ciertos gastos que Molina preautoriza de acuerdo con las directrices de viaje y alojamiento de Molina. Las pautas de viaje y alojamiento de Molina están disponibles en Apoyo al Cliente.

## RECLAMACIONES

**Cómo presentar una reclamación:** Los proveedores deben presentar oportunamente ante Molina las reclamaciones por servicios cubiertos prestados a los miembros. Todas las reclamaciones deben presentarse en un formulario aprobado por Molina y deben incluir la historia clínica completa relacionada con la reclamación, si lo solicita Molina o, de otro modo, lo requieran las políticas y los procedimientos de Molina. El miembro o proveedor debe presentar las reclamaciones a Molina dentro de los 365 días calendario posteriores a que haya ocurrido lo siguiente: 1). Alta por servicios para pacientes hospitalizados o la fecha de servicio para servicios para pacientes ambulatorios; y 2) Se le ha proporcionado al proveedor el nombre y la dirección correctos de Molina. Si Molina no es el pagador principal según la sección Coordinación de beneficios o Responsabilidad de terceros de este Acuerdo, el proveedor debe presentar reclamaciones a Molina dentro de los 45 días calendario posteriores a la determinación final del pagador principal. Salvo que la ley estatal disponga lo contrario, cualquier reclamación que no se presente a Molina dentro de este plazo no es elegible para recibir pago por parte de Molina y el proveedor renuncia a cualquier derecho de pago.

**Procesamiento de reclamaciones:** El pago de las reclamaciones se hará a los proveedores participantes de acuerdo con las disposiciones de cronología establecidas en el contrato del proveedor, las leyes estatales y federales. A menos que el proveedor y Molina hayan acordado por escrito un programa de pagos alternativo, generalmente Molina pagará el 95 % de las reclamaciones limpias en un plazo de (treinta) 30 días y el 95 % de todas las reclamaciones en un plazo de (sesenta) 60 días.

**Pago de Molina:** Algunos proveedores participantes de Molina reciben un monto fijo por cada mes que el miembro se encuentra bajo su cuidado, ya sea que el miembro vea al proveedor o que no lo haga. Algunos proveedores trabajan a través de un pago por cada servicio, lo que significa que reciben un pago por cada servicio que brindan. Es posible que algunos proveedores reciban incentivos por brindar atención médica preventiva de calidad. Molina no ofrece incentivos financieros para las decisiones de gestión de utilización que podrían dar lugar a denegaciones de autorización o subutilización. Para obtener más información sobre cómo se paga a los proveedores, los Miembros pueden llamar al Centro de Apoyo al Cliente de Molina. Los Miembros también pueden llamar al consultorio de un Proveedor o su grupo médico para obtener esta información.

**Reembolso:** Con la excepción de cualquier monto de costo compartido requerido, si un miembro pagó por un servicio cubierto o una receta médica que se aprobó previamente o no requiere aprobación, Molina le devolverá el dinero. Para ello, el miembro debe presentar su reclamación de reembolso dentro de los (doce) 12 meses posteriores a la fecha en la que realizó el pago.

Para los servicios médicos cubiertos, el miembro deberá enviar por correo a Molina una copia de la factura del proveedor o centro y una copia del recibo. También debe incluir el nombre y el número de póliza del Miembro para el que presenta la reclamación. Si la factura es por una receta, el miembro deberá incluir una copia de la etiqueta de la receta. Los miembros deben enviar esta información por correo a Apoyo al Cliente de Molina a la dirección que figura en la portada interior de este Acuerdo. Después de que Molina reciba la solicitud de reembolso, Molina responderá al miembro dentro de los treinta (30) días calendario. Si se acepta la reclamación, Molina enviará por correo un cheque al miembro para reembolsarlo. Si se rechaza la reclamación, Molina enviará al miembro una carta explicando por qué se rechazó la

reclamación. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

Para los medicamentos recetados cubiertos, el miembro debe completar un Formulario de reembolso que se encuentra en la sección Formularios de MolinaMarketplace.com. Los miembros deben incluir una copia de la etiqueta de la receta y del recibo de la farmacia al enviar el formulario de solicitud a la dirección indicada en el formulario. Después de que se reciba la solicitud de reembolso del miembro, se procesará como un reclamo en virtud de su cobertura. El miembro recibirá una respuesta dentro de los treinta (30) días calendario. Si se acepta la reclamación, se enviará por correo un cheque de reembolso al Miembro. En cambio, si se deniega la reclamación, el miembro recibirá una carta en la que explicará el motivo de dicha denegación. Si el miembro no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una apelación como se describe en este Acuerdo.

**Pago de facturas:** Los miembros deben consultar el Programa de Beneficios para conocer sus responsabilidades de costo compartido para los servicios cubiertos. Los miembros pueden ser responsables de pagar el precio total de los servicios en los siguientes casos:

- El miembro solicita y recibe servicios médicos que no son servicios cubiertos.
- Excepto en el caso de servicios de emergencia, el miembro solicita y obtiene servicios de atención médica de un proveedor o centro que es un proveedor no participante sin obtener la aprobación previa de Molina.

Si Molina no paga a un proveedor participante por proporcionar servicios cubiertos, el miembro no es responsable de pagar al proveedor participante ningún monto que Molina adeude. Esto no es válido para los proveedores no participantes.

## AVISOS LEGALES

**Responsabilidad de terceros:** Molina tiene derecho a reembolsos por los Servicios cubiertos prestados a un Miembro bajo este plan para tratar una lesión o enfermedad causada por el acto ilícito, la omisión o la negligencia de un tercero, si un Miembro recibió una compensación por la lesión o enfermedad de parte del tercero, o de sus representantes. Molina tendrá derecho al pago, el reembolso y la subrogación (recuperación de beneficios pagados cuando un plan médico adicional proporciona cobertura) en recuperaciones de terceros, y el Miembro deberá cooperar para ayudar íntegra y completamente en la protección de los derechos de Molina, incluida la notificación rápida de un caso que implique una posible recuperación de un tercero. Los miembros deben reembolsar a Molina el costo razonable de los servicios pagados por Molina, en la medida en que lo permita la ley estatal, inmediatamente después de cobrar la compensación por los daños, ya sea por acción, ley, Acuerdo u otros. También deben cooperar plenamente con el ejercicio de los derechos de retención de Molina por el valor razonable de los servicios prestados por Molina, en la medida en que lo permita la ley estatal. El gravamen de Molina puede presentarse ante la persona cuyo acto causó las lesiones, su agente o el tribunal. En la medida en que los miembros reciban una recuperación de terceros a través de un litigio y Molina tenga derecho a pago, reembolso o subrogación bajo esta sección, Molina pagará su parte proporcional de los honorarios del abogado del miembro asociados con tal litigio.

**Indemnización al trabajador:** Molina no proporcionará beneficios bajo este Acuerdo que dupliquen los beneficios a los que el miembro tiene derecho bajo cualquier ley de indemnización de trabajadores vigente. El miembro es responsable de realizar cualquier acción necesaria para obtener el pago bajo las leyes de indemnización al trabajador, cuando su puede esperar razonablemente el pago bajo el sistema de indemnización de los trabajadores. La falta de una acción apropiada y oportuna impedirá que Molina tenga la responsabilidad de proporcionar beneficios en la medida en que el pago podría haberse esperado razonablemente en virtud de las leyes de Indemnización de los Trabajadores. Si surge una disputa entre el miembro y la compañía de Indemnización al Trabajador, en cuanto a la capacidad del miembro para cobrar conforme a las leyes de indemnización al trabajador, Molina proveerá los beneficios descritos en este Acuerdo hasta la resolución de la disputa. Si Molina proporciona beneficios que duplican los beneficios a los que el miembro tiene derecho bajo la ley de indemnización al trabajador, Molina tendrá derecho a un reembolso por el costo razonable de tales beneficios.

## PAGO DE LA PRIMA

Para comenzar y mantener la cobertura bajo este Plan, Molina exige que los miembros realicen pagos mensuales para tal fin, conocidos como pagos de la prima o prima. El Pago de la prima para el próximo mes de cobertura vence el día 25 del mes actual (esta es la “Fecha de vencimiento”). Antes de la Fecha de vencimiento, el personal de Molina enviará una notificación por escrito al suscriptor, en la que le informará el monto adeudado por la cobertura para el próximo mes.

**Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC):** El Crédito fiscal anticipado para la Prima (APTC, en inglés) es el crédito fiscal que un Suscriptor puede tomar por adelantado para reducir su Prima mensual. Molina no determina ni ofrece créditos fiscales, y los suscriptores deben contactarse con Health Benefit Exchange para determinar si son elegibles. Si el suscriptor es elegible para recibir un Crédito fiscal anticipado para la Prima, puede utilizar cualquier monto del APTC por adelantado para reducir la prima.

Health Benefit Exchange puede ayudar a los Miembros a determinar si califican como indígenas de los EE. UU. o nativos de Alaska que tienen responsabilidades limitadas o sin costo compartido para beneficios de salud esenciales. Molina trabajará con Health Benefit Exchange para ayudar a los miembros.

**Pagos:** Molina acepta pagos de primas en línea, por teléfono, por correo postal y a través de giros postales. Consulte [MolinaPayment.com](http://MolinaPayment.com) o comuníquese con Apoyo al Cliente para obtener más información. No se aceptan pagos en las oficinas de Molina.

**Pago de primas y costos compartidos por parte de terceros:** No se aceptarán pagos de primas de parte de terceros, salvo los exigidos por ley o realizados por la persona o entidad que se indica a continuación:

1. un programa Ryan White de HIV/AIDS bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. una tribu indígena, organización indígena u organización urbana indígena,
3. un programa de gobierno local, estatal o federal, incluido un concesionario dirigido por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre,
4. la familia de un Miembro y
5. instituciones religiosas y otras organizaciones sin fines de lucro cuando se cumplan los criterios de conformidad con la política de Molina.

**Aviso de pago atrasado:** Si no se recibe el pago completo de la prima en la fecha de vencimiento o antes, el personal de Molina enviará una notificación por escrito a la dirección registrada del suscriptor. En dicha notificación, se informará al suscriptor el monto adeudado y se incluirá una declaración en la que se notifica que Molina dará por terminado el Acuerdo por falta de pago si no se recibe el monto total adeudado antes del fin del período de gracia, tal como se describe en el Aviso de pago atrasado; además, se informará la hora exacta en la que se dará por terminada la membresía del suscriptor y de cualquier dependiente inscrito en caso de que no se reciba el pago a tiempo.

**Período de gracia:** Un Período de gracia es un plazo de tiempo posterior al vencimiento del pago de la prima del miembro que no se ha pagado en su totalidad. Si un suscriptor no ha efectuado el pago total de la prima, puede hacerlo durante el Período de gracia y, de esa

manera, evitar la pérdida de su cobertura. El hecho de que el suscriptor reciba un APTC afecta la duración del Período de gracia.

**Período de Gracia para suscriptores con APTC o subsidio estatal:** Molina proporcionará un Período de Gracia de 3 meses consecutivos para un suscriptor y sus dependientes, quienes al no pagar las primas oportunamente, estén recibiendo APTC o subsidio estatal. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el Período de Gracia, Molina pagará todas las reclamaciones correspondientes por los servicios prestados al suscriptor y sus dependientes durante el primer mes del Período de Gracia y podrá suspender los reclamos por servicios en el segundo y tercer mes del Período de Gracia; Molina rescindiré este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del último día del primer mes del Período de gracia si Molina no recibe todas las primas vencidas del suscriptor.

**Período de gracia para suscriptores sin APTC o sin subsidio estatal:** Molina brindará un Período de Gracia de 30 días consecutivos para un suscriptor y sus dependientes, que al no pagar oportunamente las Primas, no estén recibiendo un pago adelantado del APTC o un subsidio estatal. El Período de gracia comenzará el primer día del primer mes en el que Molina no reciba la prima completa. Durante el Período de Gracia, Molina estará pendiente del pago de todos los reclamos correspondientes por los servicios prestados al suscriptor y sus dependientes. Molina rescindiré este Acuerdo a partir de las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del último día del mes anterior al comienzo del Período de gracia si Molina no recibe todas las Primas vencidas del suscriptor.

**Notificación de terminación por falta de pago:** Molina enviará una notificación por escrito al Suscriptor en la que informará la fecha del fin de su cobertura y de la de sus Dependientes debido a la falta de pago de las Primas. Los Miembros tienen derecho a apelar una decisión de terminación por parte de Molina. Consulte el sitio web [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com), la sección Quejas y Apelaciones de este Acuerdo, o comuníquese con Atención al Cliente para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

**Reintegración luego de la terminación:** Molina permite la reintegración de Miembros, sin que se produzca una interrupción en la cobertura, cuando se trate de la corrección de una acción errónea de terminación o cancelación y si lo permite Health Benefit Exchange.

**Reinscripción luego de la terminación por falta de pago:** Si se da por terminada la cobertura de un Suscriptor por falta de pago de la Prima y el mismo individuo se inscribe en Molina durante el Período de inscripción abierta o un Período de inscripción especial para el año siguiente del plan, es posible que Molina requiera que el Suscriptor pague todas las Primas vencidas. Además, Molina requerirá el pago completo de la Prima del primer mes antes de aceptar la inscripción del Suscriptor. Si un Suscriptor paga todas sus Primas vencidas, los reclamos elegibles que se denegaron previamente debido a la falta de pago se volverán a procesar para el pago.

**Renovación de la cobertura:** Si se recibió el pago de todas las Primas adeudadas, Molina renovará la cobertura de los Miembros el primer día de cada mes. La renovación está sujeta al derecho de Molina de enmendar este Acuerdo y a la continuación de la elegibilidad del Miembro para este Plan. Los miembros deben seguir los procedimientos requeridos por Health Benefit Exchange para redeterminar su elegibilidad y garantizar la renovación de su inscripción cada año durante el período de inscripción abierta.

## TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La fecha de terminación es el primer día en el que un antiguo Miembro ya no está inscrito en Molina. La cobertura para un miembro antiguo finaliza a las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del día anterior a la fecha de terminación. Si Molina da por terminada la cobertura de un Miembro por cualquier razón, dicho Miembro debe pagar a Molina todos los montos adeudados en relación con su cobertura, incluidas las Primas, correspondientes al período anterior a la fecha de terminación. Excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional, si se da por terminada la cobertura de un miembro, se reembolsará en los siguientes (treinta) 30 días cualquier pago de Primas recibido en la cuenta del Miembro que corresponda a períodos posteriores a la fecha de terminación, menos los montos adeudados a Molina o a sus proveedores para la cobertura de Servicios cubiertos proporcionados antes de la fecha de terminación. Conforme a este Plan, Molina y sus Proveedores no tendrán ninguna responsabilidad ni obligación adicional. En caso de fraude o tergiversación intencional, Molina puede retener parte de este monto con el fin de recuperar las pérdidas ocasionadas por dicho fraude o tergiversación intencional.

Molina podrá dar por terminado el Acuerdo de un Miembro o no renovarlo por cualquiera de las siguientes razones:

**El Dependiente o niño no reúne los requisitos debido a su edad:** Debido a su edad, un Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura que Health Benefit Exchange y Molina solicitan. Consulte la sección “Interrupción de la cobertura de Dependientes” para obtener más información sobre la fecha en la que se hará efectiva la terminación.

**El Miembro no reúne los requisitos:** Un Miembro ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la cobertura que solicitan Health Benefit Exchange y Molina. Health Benefit Exchange enviará al Miembro una notificación en la que le informará la pérdida de la elegibilidad. Asimismo, Molina enviará una notificación por escrito al Miembro cuando se le informe que este ya no reside en el Área de servicio. La cobertura finalizará a las 11:59 p. m., hora del Pacífico, del último día del mes siguiente al mes en el que se envía cualquiera de estos avisos al miembro. El Miembro puede solicitar que se anticipe la fecha de terminación de la cobertura.

**Falta de pago de las Primas:** Consulte la sección “Pago de prima”.

**Fraude o tergiversación intencional:** El Miembro realizó un acto o práctica que constituye un fraude o una tergiversación intencional de hechos materiales en relación con la cobertura. Molina enviará una notificación por escrito de la terminación y la cobertura del miembro finalizará a las 11:59 p. m., hora del Pacífico, el día 30 a partir de la fecha de envío de la notificación. Si el Miembro cometió un fraude o una tergiversación intencional, es posible que Molina no acepte su inscripción en el futuro y podrá informar a las autoridades sobre cualquier sospecha de acto delictivo.

**Solicitud de cancelación de la inscripción por parte del Miembro:** El Miembro solicita cancelar la inscripción a Health Benefit Exchange. Health Benefit Exchange determinará la fecha del fin de la cobertura.

**Interrupción de un producto en particular:** Molina decide dejar de ofrecer un producto en conformidad con la Ley Estatal. En tal caso, enviará una notificación por escrito en la que se informe dicha interrupción, al menos, noventa (90) días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

**Interrupción de toda la Cobertura:** Molina decide dejar de ofrecer toda cobertura de seguro médico en un Estado en conformidad con la Ley Estatal. Molina enviará a los Miembros una notificación por escrito sobre dicha interrupción, al menos, (ciento ochenta) 180 días calendario antes de la fecha en la que se interrumpirá la cobertura.

## **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)**

La Coordinación de Beneficios (COB, en inglés) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un Plan. El plan se define a continuación. Las reglas de determinación de orden de beneficios rigen el orden en que cada Plan pagará una reclamación por beneficios. El Plan que paga primero se llama "Plan Primario". El Plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de política, sin considerar la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del plan Primario es el "Plan Secundario". Este Plan puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los Planes no superen el 100 % del Gasto permitido total.

### **Definiciones:**

A. Un "Plan" es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para atención o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo Plan y no hay COB entre esos contratos separados.

1. El plan incluye lo siguiente: contratos de seguro grupal y no grupal; contratos de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés); planes individuales y grupales que ofrecen los contratistas con licencia del servicio de atención médica; planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de grupo (ya sean asegurados o no asegurados); componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada; y Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, según lo permita la ley.
2. El plan no incluye lo siguiente: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura solo por accidente; cobertura específica de enfermedad o accidente; cobertura médica de beneficios limitados, como se describe en la ley estatal; cobertura de tipo de accidente escolar; beneficios para componentes no médicos de las políticas de atención a largo plazo; políticas complementarias de Medicare; políticas de Medicaid; beneficios médicos por contratos automovilísticos individuales o grupales; o cobertura bajo otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley.

Cada contrato de cobertura bajo el apartado (1) es un Plan separado. Si un Plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un Plan separado.

B. Este Plan significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporciona beneficios de atención médica está separada de este Plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como beneficios dentales, en coordinación solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

C. Las reglas de determinación del orden de los beneficios establecen si este es un Plan principal o un Plan secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica bajo más de un Plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes de los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del Plan no superen el 100 % del Gasto permitido total. Esto significa que cuando este plan es secundario, debe pagar la cantidad que, cuando se combina con lo que el plan principal pagó, suma el 100 % del gasto total permitido más alto. Además, si este plan es secundario, debe calcular sus ahorros (su cantidad pagada

restada de la cantidad que habría pagado si hubiera sido el plan principal) y registrar estos ahorros como una reserva de beneficios para la persona cubierta. Esta reserva se debe utilizar para pagar cualquier gasto durante ese año natural, sea o no un gasto permitido bajo este plan. Si este plan es secundario, no se le exigirá pagar una cantidad que exceda de su beneficio máximo más cualquier ahorro acumulado.

D. El Gasto permitido es un gasto de atención médica, que incluye deducibles, coseguros y copagos, que está cubierto, al menos en parte, por cualquier Plan que cubra a la persona. Cuando un Plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún Plan que cubra a la persona no es un Gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor no pueda cobrar a un Miembro, debido a que está prohibido por ley o de conformidad con un acuerdo contractual, no es un Gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son Gastos permitidos:

1. La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una privada no es un Gasto permitido, a menos que uno de los Planes proporcione cobertura para los gastos de la habitación privada.
2. Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que computan sus pagos de beneficios sobre la base de tarifas habituales y razonables, o una metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier importe que supere el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un Gasto permitido.
3. Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que ofrecen beneficios o servicios sobre la base de las tarifas negociadas, un monto que exceda las tarifas más altas negociadas no es un Gasto permitido.

E. El “Plan de panel cerrado” es un Plan que proporciona beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en la forma de servicios a través de un panel de proveedores con los que tiene un contrato o a quienes ha empleado; excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.

F. El “Padre con custodia” es el padre que recibe la custodia de un niño por medio de un decreto judicial o, en ausencia de este, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año natural, excluida cualquier visita provisional.

**Determinación del orden de beneficios:** Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden de pago de beneficios son las siguientes:

A. El Plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro Plan.

B. (1) Excepto lo dispuesto en el Párrafo (2), un Plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea consistente con esta regulación es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos Planes establezcan que el plan que cumple es primario.

(2) La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria será superior a cualquier otra parte del Plan provista por el titular del contrato. Ejemplos de estos tipos de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen sobre los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se suscriben en relación con un Plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

C. Un Plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro Plan para calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro Plan.

D. Cada plan determina su orden de beneficios según la primera de las siguientes reglas que se aplica:

1. No dependiente o Dependiente. El plan que cubre a la persona que no sea un dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado es el Plan primario y el plan que cubre a la persona como dependiente es el Plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente, y principal al Plan que cubre a la persona como otra categoría que no sea la de dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos Planes se invierte para que el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado sea el Plan secundario y el otro, el Plan principal.

2. Niño dependiente cubierto por más de un Plan. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un niño dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

(a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente de si se han casado o no:

- El Plan del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan Primario; o
- Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el Plan que ha cubierto al padre por más tiempo es el plan Primario.

(b) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, independientemente de si se han casado o no:

(i) Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica y el Plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese Plan es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comiencen después de que el plan reciba aviso del decreto judicial.

(ii) Si un decreto del tribunal establece que un padre debe asumir la responsabilidad financiera primaria del niño dependiente pero no menciona la responsabilidad por los gastos de atención médica, el plan del padre que asume la responsabilidad financiera es primario;

(iii) Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del niño dependiente o de la cobertura de atención médica, las disposiciones del apartado (a) anterior determinarán el orden de los beneficios;

(iv) Si un decreto judicial establece que los padres tienen custodia conjunta sin especificar que un padre tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura para atención médica del niño dependiente, las disposiciones del apartado (a) anterior determinarán el orden de los beneficios; o

(v) Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad por los gastos de atención médica del niño dependiente o la cobertura para atención médica, el orden de los beneficios para el niño es el siguiente:

- El Plan que cubre al padre con custodia.
- El Plan que cubre al cónyuge del padre con custodia.
- El Plan que cubre al padre sin custodia.
- El Plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

(c) En el caso de un niño dependiente cubierto por más de un Plan de personas que no son padres del niño, las disposiciones del apartado (a) o (b) anteriores determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran padres del niño.

3. Empleado activo o jubilado, o empleado despedido. El Plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el Plan principal. El Plan que cubre a esa misma persona como un empleado retirado o despedido es el Plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

4. COBRA o continuación de cobertura estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona conforme a la COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro Plan, el Plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el Plan principal, y la continuación de cobertura estatal, federal o de COBRA es el Plan secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no se aplica si la regla etiquetada bajo D (1) puede determinar el orden de los beneficios.

5. Mayor o menor duración de cobertura. El Plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, asegurado, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan Primario y el Plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan Secundario.

6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los Gastos permitidos se compartirán por igual entre los Planes que cumplan con la definición de Plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan Primario.

**Efecto sobre los beneficios de este Plan:** Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de modo que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes durante un año del plan no superen el total de gastos permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamo, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura para atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier Gasto permitido bajo su Plan que no sea pagado por el Plan principal. El Plan secundario puede, entonces, reducir el monto de su pago de modo que, cuando se combina con el monto pagado por el Plan principal, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes por el reclamo no superen el Gasto permitido total para ese reclamo. Además, el Plan secundario acreditará a su plan el deducible de cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura para atención médica.

**Derecho a recibir y divulgar la información necesaria:** Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de la COB y determinar los beneficios pagaderos según este plan y otros planes. Molina puede obtener los datos que necesita o entregárselos a otras organizaciones o personas con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos según este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. Molina no necesita informar ni obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios bajo este plan debe brindarle a Molina todos los datos que necesita para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

**Facilidad de pago:** Un pago realizado según otro Plan puede incluir un monto que debería haberse pagado según este plan. Si lo hace, Molina puede pagar ese monto a la organización que hizo ese pago. Ese monto se tratará como si fuera un beneficio pagado según este plan. Molina no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor

razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios. Si el monto de los pagos realizados por Molina es mayor de lo que debería haber pagado conforme a esta disposición del COB, podrá recuperar el exceso de una o más de las personas a las que ha pagado o por quienes ha pagado; o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

**Derecho de recuperación:** El emisor tiene derecho a recuperar el pago excedente siempre que haya pagado los gastos permisibles por encima del monto máximo de pago necesario a fin de satisfacer la intención de esta disposición. El emisor puede recuperar el pago excedente de cualquier persona a quien o para quien se hizo el pago o de cualquier otro emisor o plan.

**Disputas de coordinación:** Los miembros que crean que Molina no ha pagado una reclamación correctamente deben primero intentar resolver el problema comunicándose con Apoyo al Cliente. Siga los pasos descritos en la sección “Quejas y apelaciones” de este Acuerdo. Los miembros que aún no estén satisfechos pueden llamar a la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington para obtener instrucciones sobre cómo presentar una queja del consumidor. Llame al 1 (800) 562-6900 o al 1 (360) 725-7080 o visite el sitio web de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington en [www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov).

**Aviso para las personas cubiertas:** Los miembros que están cubiertos por más de un plan de beneficios de salud no saben cuál es su plan principal, deben comunicarse con cualquiera de los planes de salud para verificar qué plan es el principal. El plan de salud con el que el miembro se ponga en contacto es responsable de trabajar con el otro plan para determinar cuál es el principal y le deberá avisar al miembro dentro de treinta días naturales.

**Nota:** Todos los planes de salud tienen requisitos de presentación de reclamos oportunos. Si un miembro o su proveedor no presenta una reclamación a un plan de salud secundario dentro del límite de tiempo para presentar la reclamación de ese plan, el plan puede rechazarla. Si un miembro experimenta demoras en el procesamiento de su reclamo por parte del plan de salud primario, él o su proveedor deberán presentar la reclamación del miembro al plan de salud secundario dentro del límite de tiempo de presentación de la reclamación para evitar que sea rechazada. Para evitar demoras en el procesamiento de reclamaciones, los miembros que están cubiertos por más de un plan deben informar de inmediato a sus proveedores y planes sobre cualquier cambio en la cobertura. Los límites de tiempo para los planes primarios y secundarios pueden no ser menos favorables que los establecidos en la ley.

## QUEJAS Y APELACIONES

### Definiciones utilizadas en reclamaciones y apelaciones

**Determinación adversa de beneficios:** Una denegación, reducción o terminación, o un incumplimiento en proporcionar o realizar el pago, en su totalidad o en parte, por un beneficio, incluida una denegación, reducción, terminación o incumplimiento en proporcionar o realizar el pago que se base en una determinación de la elegibilidad de un miembro o solicitante para participar en este Plan, así como la falta de cobertura de un artículo o servicio para el cual se proporcionan beneficios porque se determina que es experimental o de investigación o que no es médicamente necesario o apropiado.

**Revisión externa de la determinación adversa de beneficios:** una solicitud de un miembro o el representante designado del miembro para una Organización de Revisión Independiente a fin de determinar si las decisiones de revisión interna de Molina son correctas.

**Decisión de revisión externa final:** Una determinación de una Organización de Revisión Independiente al concluir una Revisión externa de una Determinación adversa de beneficios.

**Determinación adversa de beneficios interna final:** Una Determinación adversa de beneficios que Molina confirmó al finalizar el proceso de revisión interna o apelación, o una determinación adversa de beneficios para los que se ha agotado el proceso de revisión interna o apelación.

**Reclamaciones:** También llamadas como quejas, implica una queja verbal o escrita presentada por un miembro o en nombre de uno en relación con asuntos de prestación de servicios que no sean la denegación de pago o la no prestación de servicios médicos, incluida la insatisfacción con la atención médica, el tiempo de espera de los servicios médicos, la actitud del proveedor o del personal o la insatisfacción con el servicio prestado por Molina.

**Organización de Revisión Independiente:** Una organización de revisión independiente certificada establecida por el Comisionado de Seguros del Estado de Washington que no está afiliada a Molina.

**Revisión interna de la determinación adversa de beneficios:** La solicitud de un miembro de que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios.

**Queja (reclamo):** Si tiene algún problema con cualquiera de los servicios de Molina Healthcare, Molida desea ayudarle a encontrar una solución. Molina reconoce el hecho de que los Miembros pueden no siempre estar satisfechos con la atención y los servicios prestados por los médicos, hospitales y otros Proveedores contratados de Molina. Molina quiere conocer sus problemas y quejas. Los Miembros pueden presentar una reclamación (también llamada queja) en persona, por escrito o por teléfono. Las reclamaciones deberán presentarse dentro de ciento ochenta (180) días naturales a partir del día en el que ocurrió el incidente o la acción que le causó insatisfacción. Molina nunca tomará represalias contra un miembro de ninguna manera por presentar un reclamo.

- Un miembro o una persona designada por el miembro para que le ayude puede comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina al número telefónico que se muestra en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo, para presentar una reclamación por teléfono.

- Las reclamaciones también se pueden presentar por escrito mediante correo o en línea en el sitio web o la dirección de Molina que se muestra en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo.
- El Centro de Apoyo al Cliente también puede ayudar a los miembros que necesitan presentar una reclamación en un idioma que no sea inglés o que necesitan un formato accesible. También hay disponibles servicios de interpretación o traducción.

Molina le enviará una carta acusando recibo de la reclamación al miembro dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Todos los niveles de quejas serán resueltos dentro de treinta (30) días calendario.

### **Revisión de la determinación adversa de beneficios**

Cuando los miembros reciben una determinación adversa de beneficios, estos pueden presentar una solicitud para una revisión interna de dicha determinación adversa de beneficios. Molina procesará las solicitudes orales o escritas para una revisión interna de una determinación adversa de beneficios, también llamada apelación. Existen dos niveles de apelaciones: una revisión interna de una determinación adversa de beneficios y una revisión externa de una determinación adversa de beneficios. Cuando la revisión interna sea definitiva, los miembros podrán solicitar una revisión externa de la determinación adversa de beneficios interna final, como se explica a continuación.

### **Revisión interna de la determinación adversa de beneficios**

Las solicitudes de revisión interna o apelación de determinaciones adversas de beneficios deben recibirse dentro de los 180 días calendario de la recepción de una determinación adversa de beneficios. Las solicitudes de revisión interna o apelaciones se pueden realizar si llama al número telefónico del Centro de Apoyo al Cliente de Molina que se muestra en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo. Las apelaciones también se pueden presentar por escrito a la dirección del Centro de Apoyo al Cliente que se muestra en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo.

Molina enviará una carta acusando recibo de la solicitud de revisión interna o apelación dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Los procedimientos de revisión interna o apelación de Molina se completarán dentro de los catorce (14) días naturales para las determinaciones adversas de beneficios y veinte (20) días calendario para apelaciones que involucren procedimientos experimentales y de investigación. Molina puede el tiempo que toma tomar una decisión hasta 16 días adicionales si Molina le notifica al miembro la extensión y la razón de esta. Cualquier extensión adicional de Molina está sujeta al consentimiento informado a una extensión por escrito por parte del miembro. No se extenderá el tiempo para una determinación más allá de veinte (20) días naturales sin el consentimiento por escrito del Miembro.

Los miembros pueden enviar información, comentarios, registros y otros elementos para ayudar en la revisión. Además, los miembros pueden revisar y copiar los registros y la información relevante de Molina para la reclamación de forma gratuita. Molina considerará toda la información presentada antes de tomar una determinación. A nuestra revisión la realizarán personas que no estuvieron involucradas en la decisión original. Si la determinación adversa de beneficios implicó juicio médico, el revisor será alguien que es o que consultará con alguien que sea un profesional de atención médica con experiencia y entrenamiento apropiados en el campo de la medicina que abarque la afección o la enfermedad y que haga una determinación dentro del estándar clínico de la atención para esa afección o enfermedad.

Para los miembros que reciban servicios que son objeto de una revisión interna o apelación, dichos servicios continuarán hasta que se resuelva la revisión interna o apelación. Sin embargo, si Molina prevalece sobre la determinación final de la revisión interna o apelación, el miembro puede ser responsable del costo de la cobertura recibida durante el período de revisión.

Después de que se complete la revisión interna o apelación, Molina le enviará al miembro una decisión por escrito, no más de dos (2) días laborables después de que se haya completado la revisión, y le proveerá información sobre los datos que se consideraron, incluidas la base clínica para la determinación y cómo el Miembro puede obtener los criterios de revisión clínica utilizados para tomar la decisión. Si es aplicable, Molina también le proporcionará al Miembro información para obtener una revisión externa o apelación de una determinación adversa de beneficios interna final. La decisión de Molina, y cualquier documento relacionado con la decisión, se le proveerá al miembro en la dirección que Molina tiene en su registro o, con el consentimiento por escrito del miembro, tales registros se pueden enviar electrónicamente.

### **Revisión acelerada de la determinación adversa de beneficios<sup>[1]</sup>**

Los miembros pueden solicitar una revisión interna o apelación acelerada de una determinación adversa de beneficios si se aplica una de las siguientes condiciones:

- Actualmente, el miembro está recibiendo o ha recibido un tratamiento o beneficios que terminarían debido a la determinación adversa;
- El proveedor del miembro cree que una demora en el tratamiento basado en el tiempo de revisión estándar puede poner seriamente en peligro la vida del miembro, su salud general o su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, o sometería al miembro a un dolor grave e intolerable;
- Si la determinación adversa está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicios de atención médica de emergencia y el miembro no ha sido dado de alta de la sala de emergencias o del servicio de transporte.

Las solicitudes de revisión interna o apelación acelerada pueden hacerse por escrito o por teléfono. El Miembro, una persona designada por el Miembro para que lo ayude o el proveedor del Miembro puede comunicarse con Molina por teléfono o por escrito al número telefónico o la dirección que se muestran en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo.

Si el Proveedor del Miembro determina que una demora podría poner en peligro la salud del Miembro o la capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, Molina presumirá la necesidad de una revisión acelerada y tratará la revisión como tal, incluida la necesidad de una determinación acelerada de una revisión externa.

Los Miembros pueden enviar información, comentarios, registros y otros elementos para ayudar en la revisión. Los Miembros pueden revisar y copiar los registros y la información relevante de Molina para el reclamo de forma gratuita. Molina considerará toda la información presentada antes de tomar una determinación. Esta revisión será llevada a cabo por un compañero clínico o pares apropiados en la misma especialidad o similar que normalmente manejaría el caso que se está revisando. Los pares o pares clínicos serán personas que no estuvieron involucrados en la Determinación Adversa de Beneficios inicial.

Si Molina requiere información adicional para determinar si la decisión de servicio o tratamiento que se está revisando está cubierta por este Acuerdo, o elegible para beneficios, Molina solicitará dicha información lo antes posible después de recibir la solicitud de revisión acelerada.

Molina le notificará al Miembro la decisión de una Revisión interna acelerada a más tardar setenta y dos (72) horas después del contacto inicial. Si la decisión fue emitida oralmente, la decisión de Molina se emitirá por escrito a más tardar setenta y dos (72) horas después de la fecha de la decisión.

Los Miembros también pueden solicitar una revisión acelerada simultánea de una Determinación adversa de beneficios, lo que significa que la Revisión interna o apelación y la Revisión externa o apelación se realizan al mismo tiempo. Hay revisiones aceleradas simultáneas disponibles si se aplica una de las siguientes condiciones:

- Actualmente, el Miembro está recibiendo o ha recibido un tratamiento o beneficios que terminarían debido a la Determinación adversa.
- El Proveedor del Miembro cree que una demora en el tratamiento basado en el tiempo de revisión estándar puede poner seriamente en peligro la vida del Miembro, su salud general o su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, o sometería al Miembro a un dolor grave e intolerable.
- Si la Determinación adversa está relacionada con una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicios de atención médica de emergencia y el Miembro no ha sido dado de alta de la sala de emergencias o del servicio de transporte.

Las solicitudes de revisión acelerada simultánea pueden hacerse por escrito o por teléfono. El Miembro, una persona designada por el Miembro para que lo ayude o el Proveedor del Miembro puede comunicarse con el Centro de Apoyo al Cliente de Molina por teléfono o por escrito al número telefónico o la dirección que se muestran en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo.

Molina emitirá una respuesta formal a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud. Por favor vea más abajo para más información sobre Revisión Externa o Apelaciones.

### **Revisión externa de la determinación adversa de beneficios**

Dentro de ciento ochenta (180) días después de que el miembro haya recibido la Determinación Adversa Interna Final de Beneficios de Molina, o si Molina no ha respondido a una solicitud de Revisión Interna o Apelación dentro de los períodos de tiempo indicados anteriormente, el miembro puede solicitar una Revisión Externa o Apelación de una Organización de Revisión Independiente (“IRO”). Si no se solicita una revisión o apelación externa, la decisión de la revisión interna es definitiva y vinculante. Molina puede exigir que el miembro agote el proceso de revisión de Molina antes de solicitar una revisión externa. Si Molina renuncia a este requisito y, luego, revierte la determinación adversa final, Molina inmediatamente le notificará al miembro y a la IRO. Los miembros tendrán la oportunidad de apelar ante una IRO la Determinación Adversa de Beneficios de Molina relacionada con sus obligaciones bajo la Ley Sin Sorpresas. Para obtener información sobre qué servicios están cubiertos según la Ley Sin Sorpresas, consulte “Sus derechos y protecciones contra Facturas médicas sorpresa y facturación de saldo en el estado de Washington” de este Acuerdo. Las solicitudes de revisión externa o apelaciones se deben presentar por escrito y enviar a la dirección de correo electrónico o la dirección postal del Centro de Apoyo al Cliente de Molina que se muestra en la Guía de referencia, en la página 2 de este Acuerdo.

Una vez recibida una solicitud válida para una revisión externa o apelación, Molina coordinará la revisión de una IRO, seleccionada de forma rotativa, sin costo alguno para el Miembro, y le proporcionará a este la información de contacto de la IRO dentro de las 24 horas siguientes a la selección de la IRO. La IRO es imparcial y Molina no tiene control sobre ella. Molina le

proporcionará a la IRO la documentación de la apelación, pero el Miembro también puede proveerle información.

El proceso de IRO es opcional y el miembro no paga tarifas de solicitud o procesamiento de ningún tipo. El miembro tiene el derecho a dar información como apoyo de su solicitud y de contar con 5 días laborables a partir de la solicitud de una revisión externa o apelación para presentar cualquier información de prueba por escrito a la IRO. Si el miembro está recibiendo servicios que son objeto de la apelación, dichos servicios continuarán hasta que la IRO resuelva el asunto. Si la IRO confirma la determinación adversa de beneficios de Molina, el miembro puede ser responsable de pagar cualquier servicio que haya continuado durante la revisión o apelación externa.

Se someterá la disputa a los revisores médicos de la IRO que harán una determinación independiente sobre si la atención es médicamente necesaria o apropiada y la aplicación de las disposiciones de cobertura de este Acuerdo a los servicios de atención médica del miembro. Todos los documentos enviados a la IRO también estarán a disposición del Miembro. Esto incluye todos los criterios de revisión clínica relevantes, toda evidencia relevante, las recomendaciones del proveedor y una copia de este Acuerdo. El miembro recibirá una copia de la decisión final de revisión externa de la IRO. Si la IRO determina que el servicio es médicamente necesario o apropiado para la cobertura bajo el Acuerdo, Molina proveerá el servicio de atención médica.

Si el caso del miembro implica tratamiento experimental o de investigación, la IRO se asegurará de que se tengan en cuenta la experiencia clínica y científica adecuada y los protocolos.

Para los casos no urgentes, la IRO debe proporcionar su determinación dentro de los quince (15) días después de que la IRO reciba la información necesaria o veinte (20) días después de recibir la solicitud.

Los miembros pueden solicitar una revisión externa acelerada o apelación si se aplica una de las siguientes condiciones:

- El miembro recibe una determinación adversa de beneficios final con respecto a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o servicio de atención médica para el cual el miembro recibió servicios de emergencia, pero aún no ha sido dado de alta del centro.
- El miembro recibe una determinación adversa de beneficios final que implica una afección médica para la cual el tiempo de revisión externa estándar pondría en serio peligro la vida del miembro, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima;
- Se concede la solicitud del miembro para una revisión acelerada simultánea.

Si la revisión externa o apelación es acelerada, la IRO debe notificar al miembro dentro de las 72 horas de la decisión final de revisión externa. Si el aviso no está por escrito, la IRO debe proporcionar al miembro una confirmación por escrito de su decisión final de revisión externa dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de la decisión.

Para obtener más información sobre el proceso de revisión o apelación externa, o para solicitar una apelación, llame a Apoyo al Cliente de Molina al número que aparece en la Guía de referencia en la página 2 de este Acuerdo.

### Oficina del comisionado de seguros del estado de Washington

Los miembros que tengan preguntas o quejas sobre el manejo de una queja o apelación por parte de Molina pueden comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington. Un representante de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington revisará los problemas y, si el representante no puede ayudar al miembro, le indicará la dirección correcta para obtener más ayuda.

La División de Protección al Consumidor de la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington actualmente está designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. como el defensor del pueblo oficial en el estado de Washington para los consumidores que tienen preguntas o quejas sobre apelaciones de atención médica:

Oficina del comisionado de seguros del estado de Washington

Llame al 1 (800) 562-6900 o llame al 1 (360) 725-7080

TDD 1 (360) 586- 0241

Fax a 1 (360) 586-2018

Envíe un correo electrónico a [CAP@oic.wa.gov](mailto:CAP@oic.wa.gov)

**Actos más allá del control de Molina:** Si las circunstancias más allá del control razonable de Molina, incluidos cualquier desastre importante, epidemia, destrucción total o parcial de los centros, guerra, disturbios o insurrección civil, provocan la indisponibilidad de cualquier centro, personal o proveedores participantes, entonces Molina y el proveedor participante proveerán o intentarán proveer los servicios cubiertos en la medida de lo posible, según su mejor criterio, dentro de la limitaciones de tales centros, personal y proveedores participantes. Ni Molina ni ningún proveedor participante tendrá ninguna responsabilidad u obligación por demora o falta de prestación de servicios cubiertos si tal retraso o fracaso es el resultado de cualquiera de las circunstancias descritas anteriormente.

**Renuncia:** El incumplimiento por parte de Molina de cualquier disposición de este Acuerdo no se interpretará como una renuncia a esa disposición o a cualquier otra disposición de este Acuerdo, ni perjudicará el derecho de Molina de exigir al miembro el cumplimiento de cualquier disposición de este Acuerdo.

**No discriminación:** Molina no discrimina al contratar personal, renovar la cobertura de los miembros, cancelar la cobertura de los miembros o brindar atención médica por motivos de condición de salud preexistente, color, credo, edad, nacionalidad, identificación de grupo étnico, religión o personas con discapacidades, discapacidad, sexo u orientación sexual, identidad de género o información genética.

**Donación de órganos o tejidos:** Los miembros pueden convertirse en donantes de órganos o tejidos. Los avances médicos en la tecnología de trasplante de órganos han ayudado a muchos pacientes. Sin embargo, el número de órganos disponibles es mucho menor que el número de pacientes que necesitan un trasplante de órganos. Los miembros pueden optar por ser donantes de tejido de órganos registrándose en el Departamento de Licencias de Washington cuando solicitan o renuevan su licencia de conducir o pueden ingresar en línea en [www.donatelifetoday.org](http://www.donatelifetoday.org) para agregar su nombre al registro.

**Información genética:** Molina no recopilará información genética del Miembro con el propósito de suscribirlo o de no hacerlo. Molina no solicitará ni exigirá al Miembro que realice ninguna prueba genética. Molina no ajustará las Primas ni limitará su cobertura según la información genética.

**Acuerdo vinculante para los miembros:** Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios en virtud de este Acuerdo, todos los miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los miembros incapaces de contratar, están de acuerdo con todas las disposiciones de este Acuerdo.

**Asignación:** Un miembro no puede asignar este Acuerdo ni ninguno de los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, beneficios, reclamos u obligaciones bajo este documento sin contar con el consentimiento previo de Molina por escrito. Molina puede rehusarse a dar su consentimiento, a su propia discreción.

**Ley vigente:** Excepto que lo prefiera la ley federal, este Acuerdo se regirá de acuerdo con la ley estatal y cualquier disposición que la ley estatal o federal requiera que esté en este Acuerdo vinculará a Molina y a los miembros, ya sea que se establezca o no en este Acuerdo.

**Falta de validez:** Si alguna disposición de este Acuerdo no se mantiene de conformidad con las leyes aplicables en un procedimiento judicial o arbitraje vinculante, dicha disposición no se considerará inválida, sino que se interpretará y aplicará como si estuviera en pleno cumplimiento de la ley estatal otras leyes aplicables, y el resto de este Acuerdo seguirá siendo operativo y en plena vigencia y efecto.

**Avisos:** Cualquier aviso requerido por Molina en virtud de este Acuerdo se enviará a la dirección o registro más reciente del suscriptor. El suscriptor es responsable de informar cualquier cambio de dirección a Health Benefit Exchange.

**Programa de Bienestar:** Este Acuerdo incluye el acceso a un programa anual de bienestar y actividades de salud. El objetivo de este programa es alentar a los miembros a completar una actividad de salud que apoye su salud general. El programa es voluntario y está disponible sin costo adicional. El programa está disponible para todos los miembros de dieciocho (18) años o más, y para aquellos inscritos en un plan de cobertura solo para niños. Según este Plan, los miembros pueden obtener un examen físico integral anual a través de su proveedor de atención primaria o un examen de evaluación de salud en el hogar facilitado a través de Molina. Al completar cualquiera de los exámenes, Molina puede ayudar a los miembros con servicios de salud de seguimiento voluntarios para abordar sus necesidades.

Por completar un examen físico integral anual o un examen de evaluación de la salud en el hogar, seguido de la realización de una evaluación de riesgos para la salud realizada por Molina, los miembros recibirán una tarjeta de regalo de beneficios del programa (el beneficio máximo del programa es una tarjeta de regalo por miembro, por año del calendario). Los miembros recibirán la tarjeta de regalo de beneficios del programa por correo a la dirección postal registrada en Molina. Los miembros recibirán una tarjeta de regalo valorada en no menos de \$50 por su participación. Las recompensas y los beneficios del programa están disponibles para el canje solo mientras el suscriptor o el dependiente elegible esté actualmente inscrito en un plan de salud del Molina Marketplace. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Apoyo al Cliente.

**Administración de la salud:** El programa de Administración de Casos de Molina actualmente ofrece apoyo a los miembros de Molina para ayudarles con diversas necesidades.

El personal de Administración de Casos de Molina puede ayudar a los miembros a controlar las afecciones crónicas y ayudarles a mantenerse saludables si ya han sido diagnosticados. Los administradores de casos pueden ayudar a los Miembros con lo siguiente:

- Comprender mejor su afección (como insuficiencia cardíaca, diabetes, presión arterial alta, depresión, trastorno del consumo de sustancias)
- Entender mejor sus medicamentos y cómo tomarlos
- Tomar las decisiones correctas y mantenerse al día con sus metas de salud
- Eliminar las barreras y brindarles a los miembros los servicios que necesitan

Para comunicarse con un administrador de casos, llámenos sin costo al 888-562-5442 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico).

Estos programas son voluntarios y los miembros pueden optar por retirarse de los programas en cualquier momento.

¿Quiere dejar de fumar? Llame a la línea para dejar de fumar del estado de Washington al 1-800-Quit-Now o conéctese en línea en:

<https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/Tobacco/HowtoQuit>

**Materiales sobre Administración de la Salud:** Encontrará información y recursos útiles sobre una variedad de afecciones de salud crónicas en nuestra página web en [MolinaMarketplace.com](http://MolinaMarketplace.com).

**Lesión por intoxicación o narcóticos:** Este Plan no excluye los servicios únicamente porque la lesión se produce como resultado de que el asegurado esté intoxicado o bajo la influencia de un narcótico.

**Administradores de beneficios de atención médica:** Los miembros pueden ver una lista actualizada de todos los administradores de beneficios utilizados por Molina en [MolinaMarketplace.com/HCBM](http://MolinaMarketplace.com/HCBM).

# Sus derechos y protecciones contra facturación de saldo y facturas médicas sorpresa En el estado de Washington

---

*Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra facturación de saldo o facturación sorpresa.*

## ¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

---

Cuando consulta a un doctor u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga que pagar otros costos o la factura completa si visita a un proveedor o consulta a un centro de atención médica que no forman parte de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” hace referencia a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red tengan permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se conoce como “facturación del saldo”. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red.

Las aseguradoras deben informarle, a través de sus sitios web o a solicitud, qué proveedores, hospitales y centros forman parte de sus redes. Los hospitales, centros quirúrgicos y proveedores deben informarle en qué redes de proveedores participan en su sitio web o previa solicitud.

## **Está protegido contra la facturación del saldo en los siguientes casos:**

### **Servicios de emergencia**

Si tiene una condición médica de emergencia, o un trastorno mental o por abuso de sustancias y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturar es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye la atención que recibe en un hospital y en centros que proporcionan servicios para crisis a personas que sufren una emergencia de salud mental o un trastorno por abuso de sustancias. No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia, incluidos los que podría recibir una vez que se encuentre estable.

## **Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red**

Cuando recibe servicios de un hospital o un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que algunos proveedores no formen parte de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan.

**No es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan.**

## **¿Cuándo se le puede solicitar que renuncie a su protección de facturación de saldo?**

---

Los proveedores de atención médica, incluidos hospitales y proveedores de ambulancias aéreas, **nunca** pueden exigirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted cuenta con una cobertura a través de un plan de salud grupal autofinanciado, en algunas situaciones limitadas, un proveedor puede pedirle que dé su consentimiento para renunciar a sus protecciones de facturación de saldo, pero **nunca** se le exigirá que dé su consentimiento. Comuníquese con su empleador o plan de salud para obtener más información.

## **En los casos en que no se permite la facturación del saldo, también cuenta con las siguientes protecciones:**

---

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y los centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe realizar lo siguiente:
  - Cubrir servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación previa para los servicios (autorización previa).
  - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Basarse en lo que le pagaría a un proveedor o centro (costo compartido) para determinar lo que le debe a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
  - Considerar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

**Si cree que recibió una factura errónea**, puede presentar una queja ante el gobierno federal en <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> o llamando al 1-800-985-3059; o presentar una

queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington en [su página web](#) o llamando al 1-800-562-6900.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Visite el [sitio web de la Ley de Protección de Facturación de Saldo de la Oficina del Comisionado de Seguros](#) para obtener más información sobre sus derechos según la ley del estado de Washington.



Your Extended Family.

**Aviso de no Discriminación de  
Molina Healthcare of Washington, Inc.  
Molina Marketplace**

Molina Healthcare of Washington, Inc. ("Molina") cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin importar y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género o identidad sexual. Molina no excluye a las personas ni les trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidad
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Material escrito traducido en su idioma
  - Material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si necesita estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (888) 858-3492, TTY/TTD: 711.

Si considera que Molina no le brindó estos servicios o fue discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o TTY, 711.

También puede enviar su reclamo por correo electrónico a [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com) o por fax al (800) 816-3778. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

Si envía su queja por correo postal, hágalo a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator  
200 Ocean Gate  
Long Beach, CA 90802

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

El U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights. Esto está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para la presentación de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Washington State Office of the Insurance Commissioner, electrónicamente a través del portal de Reclamos de la Office of the Insurance Commissioner. Esto está disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status> o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios para la presentación de quejas se encuentran disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

- English** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Spanish** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Chinese** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-858-3492 ( TTY : 711 ) 。
- Vietnamese** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Korean** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-858-3492 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
- Russian** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-858-3492 (телетайп: 711).
- Tagalog** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Ukrainian** УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-858-3492 (телетайп: 711).
- Cambodian** ប្រយ័ត្ន: បរើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, បសវន៍ន្តយខ្មែរកភាសា បោយមិនគិតគ្រួល គឺអាចមានសំរាប់ បរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-858-3492 (TTY: 711)។
- Japanese** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-858-349 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
- Amharic** ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-858-3492 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።
- Cushite** XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Arabic** ملحوظة : إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-858-3492 (رقم هاتف الصم والبكم :711).
- Punjabi** ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-858-3492 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- German** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-858-3492 (TTY: 711).
- Laotian** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມ ໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-858-3492 (TTY: 711).